

**José Nuno Casanova Borja Santos**



Licenciado em Medicina. Mestre em História e Filosofia da  
Ciência e da Técnica

# A Importância da Estatística na Emergência da Psiquiatria Portuguesa do Século XIX

Dissertação para obtenção do Grau de Doutor em História, Filosofia e  
Património das Ciências

Orientador: José Luís Toivola Câmara Leme, Professor  
Auxiliar da Faculdade de Ciências e Tecnologia  
da Universidade Nova de Lisboa

Co-orientador: Isabel Maria da Silva Pereira Amaral, Professora  
Auxiliar da Faculdade de Ciências e Tecnologia  
da Universidade Nova de Lisboa

Fevereiro de 2016



FACULDADE DE  
CIÊNCIAS E TECNOLOGIA  
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA



## Direitos de cópia

“A Importância da Estatística na Emergência da Psiquiatria Portuguesa do Século XIX”

José Nuno Casanova Borja Santos

A Faculdade de Ciências e Tecnologia e a Universidade Nova de Lisboa têm o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar esta dissertação através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, e de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objectivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.



## Agradecimentos

Antes de iniciar a apresentação desta tese quero começar por agradecer a dedicação e a excelência dos meus dois orientadores, o Professor Doutor José Luís Câmara Leme e a Professora Doutora Isabel Amaral, bem como ao Professor Vítor Teodoro. Igualmente quero dar testemunho do apoio e das facilidades concedidas pelas directoras do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca que exerceram o cargo durante a feitura da mesma, a Dr.<sup>a</sup> Alice Luís e a Professora Doutora Teresa Maia, bem como aos demais colegas pela ajuda profissional que me deram, durante as minhas ausências, devidas sobretudo à realização do trabalho de campo. Quero ainda expressar o meu agradecimento à Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, Dr.<sup>a</sup> Isabel Paixão, pela autorização concedida para a consulta do arquivo do Hospital de Rilhafoles. Neste aspecto, não posso também deixar de realçar o dedicado apoio da então bibliotecária deste hospital de Lisboa, Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Santos e do Sr. Fernando Graça, bem como dos demais funcionários, incluindo da consulta externa, onde também se encontram partes do arquivo. Não posso deixar ainda de manifestar o meu reconhecimento a amigos, alguns com formações distintas da minha – até porque a abrangência desta tese é interdisciplinar —, que me ajudaram com os seus conselhos e sugestões, dos quais destaco o Dr. Miguel Palma, o Dr. Nicholas Meyer, o Dr. Guilherme Bastos Martins, o Eng.<sup>o</sup> Carlos Castro, o Dr. Luís Quartim Graça e o Dr. José António Barreiros. Finalmente uma palavra de agradecimento à minha família, nomeadamente ao meu filho Afonso, ajuda inestimável na feitura desta tese.



## Resumo

Atendendo à emergência da estatística, como área autónoma do conhecimento científico no século XIX, procuraremos avaliar a influência desta disciplina no surgimento da psiquiatria portuguesa, utilizando para isso a contribuição filosófica de Ian Hacking.

Tentaremos discutir se os marcos considerados importantes por Ian Hacking ocorreram igualmente no seio da psiquiatria portuguesa. Este apuramento far-se-á tanto no que diz respeito à análise da bibliografia dos primeiros alienistas, como através da análise da documentação dos arquivos do Hospital de Rilhafoles, o primeiro asilo psiquiátrico do país. Reflectiremos sobre a existência de um eventual efeito de feedback que o pensamento estatístico possa ter operado sobre a produção científica e os relatórios daquela instituição, no sentido de influenciarem o desenvolvimento da psiquiatria portuguesa e a assistência aos alienados no país.

Não sendo histórica, a teoria de Hacking situa-se dentro na mesma janela temporal escolhida para o período do nosso estudo e recai principalmente sobre o aparecimento da estatística em França, país que à data, era a mais determinante influência cultural para o nosso país. Assim, incidiremos a nossa investigação sobre a seguinte hipótese: ter-se-ão os alienistas portugueses da época, apetrechado em termos científicos, de referências estatísticas que, de acordo com o autor canadiano, já então eram usadas noutros países, sobretudo em França para, nomeadamente, aperfeiçoar os sistemas classificativos das doenças mentais que, então, davam os primeiros passos na psiquiatria europeia?

Com este trabalho pretende-se, além de dar a conhecer e valorizar a importância dos dados estatísticos no funcionamento do Hospital de Rilhafoles que cessou funções em 2012, preencher uma lacuna na história da psiquiatria portuguesa do século XIX, apontando novas ferramentas o estudo da emergência de novas áreas disciplinares.

Palavras-chave: História da Medicina, Estatística, Portugal, Psiquiatria, Século XIX.





## Abstract

We will consider how applicable Ian Hacking's theory about the evolution of statistical methods in Europe is to the emergence of that discipline in Portugal, with particular regard to the psychiatric bibliography and development of the first national asylum, the Hospital of Rilhafoles.

This analysis aims to include both the bibliography of Portuguese psychiatry and the archives of Hospital de Rilhafoles, and intends to evaluate the existence of a potential feedback effect of statistical thinking upon the institution's scientific output and the scientific development and provision of assistance to the mentally ill in Portugal.

Though not strictly historical, Hacking's theory falls within a time frame that overlaps with our period of interest. Besides, it is focused mostly in France (the main cultural influence of Portugal at that time), at least in what concerns to statistics birth. Hence, we will focus on the following hypothesis: were Portuguese psychiatrists of that time equipped with statistical knowledge that according to Hacking was already in wide use abroad, particularly in France and England, to inform the recently developed system of classifying mental illnesses? We therefore aim to verify whether the milestones in the development of statistical thinking proposed by Hacking also occurred within the Portuguese psychiatry during this part of the nineteenth century.

This work will acknowledge and praise the importance of the statistical method in the operation of the Hospital of Rilhafoles, the first hospital for the insane in Portugal that closed its doors in 2012, and furthermore fill the gap in the history of Portuguese psychiatry of the nineteenth century, showing new directions on the study of the emergence of new scientific disciplines.

**Key Words:** History of Medicine, Statistics, Portugal, Psychiatry, 19th century.



## Índice de matérias

Agradecimentos.....	v
Resumo.....	vii
Abstract .....	ix
Índice de matérias .....	xi
Índice de Figuras .....	xiii
Índice de Tabelas.....	xv
Índice de Gráficos .....	xvii
Prefácio .....	xix
1 A Estatística e a Psiquiatria na Europa do século XIX.....	1
1.1 Introdução.....	1
1.2 O Pensamento de Ian Hacking sobre a estatística no mundo ocidental.....	2
O Renascimento: um mundo não determinista encontra-se com a matemática.....	4
A ciência médica e a ciência moral .....	12
Repercussões na Psiquiatria e na Justiça; consequências metafísicas e políticas .....	21
Diferentes concepções da sociedade levam a um novo conceito de Normal .....	29
Em resumo .....	39
1.3 As doenças psiquiátricas: história e teorias .....	41
2 A Importância da Estatística na Emergência da Psiquiatria em Portugal .....	49
2.1 Introdução .....	49
A doença mental e a assistência aos alienados em Portugal .....	49
A bibliografia psiquiátrica de oitocentos .....	53
A obra de Miguel Bombarda.....	53
A obra de António de Sena .....	62
A obra de Júlio de Matos .....	77
A Imprensa médica .....	89

3	A Estatística no Hospital de Rilhafoles (1848 a 1880) .....	107
3.1	Introdução .....	107
3.2	O Arquivo do Hospital de Rilhafoles (1848-1880) .....	109
	Os livros de registo de admissões e papeletas .....	110
	Os livros de registos de ofícios expedidos .....	120
4	Conclusão .....	135
	Anexos .....	143
	Anexo 1: Tabelas de Miguel Bombarda .....	145
	Anexo 2: Livros de Registo de Admissões do Hospital de Rilhafoles (1848-1880) ....	151
	Anexo 3: Livros de Registo de Ofícios Expedidos .....	187
	Fontes e Bibliografia .....	197
	Manuscritos .....	197
	Actas, Relatórios e Correspondência .....	197
	Bases de dados .....	197
	Jornais .....	198
	Revistas Científicas .....	198
	Obras de Referência .....	198
	Livros .....	199
	Artigos Científicos .....	206
	Apresentações em Congressos Científicos .....	215

## Índice de Figuras

Figura 1 – Tabela de António Sena.....	71
Figura 2 – Classificação de Júlio de Matos .....	82
Figura 3 – Estatística de Esquirol (Esquirol, 1838b, gráfico XXVI).....	87
Figura 4 – Tabelas de Joaquim Pedro Bizarro .....	95
Figura 5 – Litografia de Craveiro da Silva .....	108
Figura 6 – Registo de uma admissão no livro de internamentos .....	113
Figura 7 – Fotografia dos registos de Martins Pulido.....	124



## Índice de Tabelas

Tabela 1 – Hereditariedade dos epilépticos (Bombarda, 1896, p. 113).....	147
Tabela 2 – Hereditariedade das mulheres epiléticas (Bombarda, 1896, p. 114).....	148
Tabela 3 – Estudos de Boudin (Bombarda, 1896, p. 121) .....	149
Tabela 4 – Circunferência dos membros conforme a predominância, segundo Tomasini (Bombarda, 1896, p. 192) .....	150
Tabela 5 – Energia (gramas) de flexão e extensão em 10 epilépticos nas mãos direita e esquerda, segundo Feré (Bombarda, 1896, p. 193).....	150
Tabela 6 – Energia (gramas) dos movimentos de flexão e extensão do pé em 10 epilépticos (Bombarda, 1896 p. 194) .....	150
Tabela 7 – Frequência de distribuição da naturalidade dos homens admitidos no Hospital .	153
Tabela 8 – Frequência de distribuição da naturalidade das mulheres admitidas no Hospital	159
Tabela 9 – Frequência de distribuição da residência dos homens admitidos no Hospital ....	167
Tabela 10 – Frequência de distribuição da residência das mulheres admitidas no Hospital .	175
Tabela 11 – Frequência de distribuição das profissões dos homens admitidos no Hospital .	183
Tabela 12 – Frequência de distribuição das profissões das mulheres admitidas no Hospital	184
Tabela 13 – Frequência de distribuição dos diagnósticos efectuados no Hospital .....	185
Tabela 14 – Frequência de distribuição para o “estado à saída” dos doentes admitidos no Hospital .....	186
Tabela 15 – Tabela das admissões dos doentes no Hospital até Setembro de 1851 — Martins Pulido .....	189
Tabela 16 – Registos estatísticos de Martins Pulido caracterizando a população dos alienados em função da sua origem social e geográfica (1848-1851).....	190
Tabela 17 – Registos de diagnósticos de Martins Pulido.....	194
Tabela 18 – Registos de cruzamentos de diagnósticos de Martins Pulido.....	194
Tabela 19 – Registos de óbitos de Guilherme Abranches.....	195





## Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Filhos de epilépticos, segundo Echeverria. (Bombarda, 1896b, p. 111) .....	58
Gráfico 2 – Filhos de alcoólicos segundo Echeverria. (Bombarda, 1896b, p. 120) .....	60
Gráfico 3 – Hereditariedade de 232 criminosos com uma nota grave. (Bombarda, 1896b, p. 299) .....	61
Gráfico 4 – Hereditariedade de 215 criminosos com muitas notas graves (Bombarda, 1896b, p. 300) .....	62
Gráfico 5 – Evolução dos diagnósticos da população de alienados admitidos no Hospital de Rilhafoles (1848-1880) .....	118
Gráfico 6 – Evolução do “estado à saída” dos doentes admitidos no Hospital de Rilhafoles (1848-1850).....	120



## Prefácio

The sum of our parts  
The beat of our hearts  
Is louder than words

*Samson, Louder than words, 2014, p. 22*

Quando em 1989, após a conclusão do internato geral, escolhi a especialidade de psiquiatria – opção já previamente tomada durante o curso de medicina – ainda deparei com a guerra civil interna, já famosa quase desde Pinel e reforçada no início do século XX, com Freud: mentalistas contra organicistas. No entanto, hoje e já então em muitos países do nosso continente e além-Atlântico, a questão já quase não se coloca entre os jovens internos que ingressam: deixaram de se discutir as causas, apenas interessa tratar e da forma mais eficaz.

O consenso existe. Em torno do que os números da estatística dizem ser mais eficaz e já não existe sequer reboço em alguém, inicialmente “mais biológico”, aconselhar uma psicoterapia, desde que resultados estatisticamente significativos apontem nessa direcção; ou seja, que demonstrem que naquela patologia é a técnica psicoterapêutica “x”, a mais eficaz. A psicoterapia deixou, assim, de ser considerada, como no passado, holisticamente promovida para melhorar a pessoa e não apenas, como agora, para uma doença.

A estatística na medicina, que começou com Pinel na psiquiatria, acabou agora, depois de a percorrer e de a desapossar do seu sentido humano, por concluir a sua tarefa na mesma especialidade, aquela que manteve mais renhidamente alguma exigência daquele sentido. Não que a medicina tenha totalmente sido expurgada desse sentido, aceitando contudo deixar de o exclusivamente nortear, o que, reconheça-se, tem marcado alguns avanços para as pessoas, que dela mais são utentes. Efectivamente, sem que tenha aumentado a quantidade de curas de doenças psiquiátricas no decorrer destes dois séculos é inegável a evolução dos tratamentos, que melhoram, pelo menos, a qualidade de vida dos pacientes e dos que os rodeiam. Não desmente este último ponto, que a intenção inicial fosse igualmente a dimensão securitária. E não o é ainda também hoje? O mesmo ocorre, aliás, com as doenças contagiosas: felizmente que preocupações securitárias levaram a que houvesse menos contágios e, daí, menos morbilidade. Pode-se naturalmente discutir se as intencções securitárias não vão de par com

o controlo moral dos comportamentos, embora se possa por vezes pensar que o relaxamento daquelas medidas, tem por efeito, precisamente, extinguir quem os pratica.

Mas aquele apaziguamento da guerra civil psiquiátrica trouxe-me o interesse pela estatística (e a forma como ela se gerou na nossa civilização), forma prática, admita-se de solucionar muitos problemas intelectuais mas também de os ultrapassar pela berma, isto é, excluindo o pensar metafísico acerca, neste caso, da doença mental, assim convertida em doença psiquiátrica. Esta tese surge, pois, nesta possível encruzilhada do acesso à teorização imediata com a consequente abolição da uma racionalidade que nos levaria mais longe, mas por caminhos mais incertos, com uma metafísica emergente sobre a mente.

Exigindo naturalmente um enfoque multidisciplinar (tanto na sua elaboração como na disponibilidade do leitor) esta dissertação encontra-se dividida em três capítulos.

O primeiro capítulo, de contextualização teórica, abordará na primeira parte a teoria de análise histórica de Ian Hacking sobre o desenvolvimento da estatística no mundo ocidental, realçando o que nela possa ser pertinente, sobre a utilização do pensamento estatístico para a psiquiatria portuguesa oitocentista. Na segunda parte, serão referidos os principais passos dados pela psiquiatria europeia no século XIX, relacionados com as teses de Hacking.

No segundo capítulo, as teorias do filósofo canadiano serão confrontadas com o efectivo percurso histórico dessa disciplina, no nosso país. Para isso far-se-á, uma análise da bibliografia publicada pelos primeiros directores dos hospitais psiquiátricos do país, Miguel Bombarda, António Sena e Júlio de Matos. Em paralelo esboçar-se-á uma comparação entre as obras destes autores com outros colegas médicos portugueses e estrangeiros seus contemporâneos, ao mesmo tempo que se procurará integrar a produção científica dos primeiros alienistas, cujos nomes se associam ao cuidado assistencial nos hospitais, no Hospital de S. José e depois no Hospital de Rilhafoles.

Num terceiro capítulo procuraremos analisar os livros de registo existentes no arquivo deste primeiro hospital psiquiátrico, entre 1848 e 1880, por forma a avaliar se estes apontamentos estatísticos terão contribuído para as reformas da instituição, dos seus administradores, médicos e utentes, bem como da própria especialidade, contribuindo assim para a sua legitimação científica, e assim para a emergência da psiquiatria como nova disciplina no léxico das disciplinas médicas então existentes.

Nas conclusões procuraremos discutir se as asserções de Ian Hacking se aplicam à problemática da emergência da psiquiatria portuguesa.



# 1 A Estatística e a Psiquiatria na Europa do século XIX

Não podia ser! Esses horrores só se produziam na confusão social, no tumulto da Meia Idade! Mas numa sociedade burguesa, bem policiada, bem escriturada, garantida por tantas leis, com tanto registo de baptismo, com tanta certidão de casamento, não podia ser! Não! Não estava no feitio da vida contemporânea que duas crianças, separadas por uma loucura da mãe, depois de dormirem um instante no mesmo berço, cresçam em terras distantes, se eduquem, descrevam as parábolas remotas dos seus destinos – para quê? Para virem tornar a dormir juntas no mesmo ponto, num leito de concubinação! Não era possível. Tais coisas pertencem só aos livros, onde vêm, como invenções subtis da arte, para dar à alma humana um terror novo...

*Eça de Queiroz, Os Maias, 1936, p. 362*

## 1.1 Introdução

No sentido de enquadrar teoricamente esta dissertação analisaremos neste capítulo, subdividido em dois, a matriz sobre a qual incidirá o estudo da emergência da psiquiatria em Portugal no século XIX. Por um lado, o pensamento de Ian Hacking, que discute a importância da estatística e a sua aplicação às ciências sociais e naturais, como mote de desenvolvimento da sociedade contemporânea. Por outro, contextualiza-se o processo de emergência da psiquiatria na Europa, o modelo mais próximo do caso português. Neste contexto merece particular atenção a problematização do conceito de doença do foro psiquiátrico, e com ele, os pressupostos para a emergência de uma nova área disciplinar médica no século XIX, para a qual a utilização de dados estatísticos muito contribuiu.

Este estudo, no âmbito da epistemologia histórica de Ian Hacking visa fornecer assim um novo contributo para uma reflexão plural sobre a importância da estatística na emergência da psiquiatria portuguesa de oitocentos.

## 1.2 O Pensamento de Ian Hacking sobre a estatística no mundo ocidental

No presente capítulo, exporemos o essencial das teses de Ian Hacking acerca do desenvolvimento da estatística no mundo ocidental e as suas inúmeras repercussões, processo que, para o filósofo, decorreu, entre os séculos XVII e XIX. Para tal, recorreu-se à bibliografia do próprio autor (sobretudo a obra *The Taming of Chance*) e os estudos de Michel Foucault, que influenciaram decisivamente o seu trabalho. Porém, as teses de Hacking serão abordadas no que se refere ao interesse que elas possam ter para a compreensão do desenvolvimento estatístico da psiquiatria portuguesa do século XIX.

As bases filosóficas do pensamento de Ian Hacking acerca da formação das teorias científicas no que diz respeito à estatística podem ser apresentadas em quatro momentos.

Num primeiro momento, “Renascimento: um mundo não determinista encontra-se com a matemática”, descreveremos os primeiros abalos na confiança que a sociedade de então tinha na explicação determinista do universo (aqui sobretudo entendido no sentido existencial do termo), já que constituiu, segundo Hacking, o ponto de partida para o germinar do pensamento estatístico-probabilístico; abordaremos também o facto de a matemática e a sua aplicação às ciências ter contribuído para a interiorização e regulação da noção de acaso como condutor dos destinos do mundo, embora não sem apontarmos posições diferentes noutros autores; veremos, ainda, como esta novel disciplina, veio a servir propósitos securitários, devido à sua aplicação no controlo populacional, lembrando, a propósito, o conceito de biopolítica, também importante para Hacking. Num segundo, “A ciência médica e a ciência moral”, focar-nos-emos na aplicação da estatística às ciências naturais (sobretudo à medicina) e às ciências sociais e humanas e no que estas diferem das primeiras, embora sem que tal impedisse o desenvolvimento similar desse vector. Analisaremos, seguidamente, num terceiro momento, “Repercussões na psiquiatria e na justiça e consequências metafísicas e políticas”, as influências que o novo sistema imprimiu na interface destas duas actividades e as repercussões que elas tiveram nos campos metafísico e político, aspecto igualmente central para Hacking, já que a ideia de probabilidade desalojou a de causalidade. Finalmente, “Diferentes concepções de sociedade levam a um novo conceito de normal”, analisaremos os desenvolvimentos que a estatística provocou no pensamento científico, as contra-reacções que fomentou, assim como o desenvolvimento de uma noção de normalidade, com novas implicações para a sociedade.



*The Taming of Chance* é, *prima facie*, um estudo filosófico que permite compreender a nossa actual organização de conceitos em dois domínios: no indeterminismo físico e no desenvolvimento da informação estatística, visando o controlo social. Apesar da sua raiz historiográfica, o estudo, de acordo com Hacking, não é histórico, nem no plano das ideias nem no da ciência, antes é filosófico porque lida com a investigação e análise de conceitos. Debruça-se sobre o modo como se desenvolveu um novo estilo de raciocínio, “style of reasoning”, ou seja, de atingir a veracidade ou a falsidade de teorias.

Na perspectiva deste autor, o electrão será real porque os cientistas o usaram para produzir eventos reais, o que não implica que a aceitação da teoria leve necessariamente à aceitação das entidades – neste caso, o electrão — de que ela fala. Por outras palavras, a existência de uma unidade mínima de carga eléctrica não implica a de um objecto possuidor daquela. Pode até suceder que diferentes pessoas de uma equipa de investigação tenham ideias díspares acerca do conceito de electrão, justamente porque cada uma o vê da sua perspectiva. Nem sequer a intersecção das várias perspectivas constitui a teoria, pois esta não se pode formar a partir de uma soma de crenças partilhadas. (Hacking, 1991, p. 248)

Coloca-se, assim, o problema da incomensurabilidade que, para Hacking, Hilary Putnam resolveu, com o modelo referencial do sentido, que passa pela construção de um vector constituído pelos marcadores sintáctico (parte do discurso) e semântico (significado dado pela palavra), bem como pelo estereotipo (clichés acerca da categoria natural) e pelo referente da palavra (a estrutura que define o objecto)<sup>1</sup>. (Hacking, 1991, pp. 248-250)

Em suma, o estudo não pretende traçar uma narrativa histórica nem sequer extrair a análise filosófica à medida da cronologia histórica. Recorre mais a figuras que proferiram frases importantes que ilustram esse desenvolvimento, do que a outras que quicá foram nele mais destacadas, utilizando o método antiestatístico de Le Play, que se abordará adiante<sup>2</sup>.

Lançaremos assim as bases para nos capítulos subsequentes apreciarmos se, sendo a medicina, como profere Hacking, a ciência natural que mais resistiu à “colonização”

---

<sup>1</sup> Putnam exemplifica com o caso da “água”: o marcador sintáctico é a palavra concreta; o marcador semântico relaciona-se com o facto de se referir a um líquido natural; os estereótipos têm a ver com as suas características (insípida, inodora, incolor, etc.); a sua extensão revela-se por ser constituída por moléculas de H<sub>2</sub>O (Putnam, 1975, p. 269).

<sup>2</sup> Como afirma Boyd, Hacking utiliza a análise histórica mais na ênfase da detecção e manipulação de “entidades teóricas” que na substância das próprias. (Boyd, 1991, p. 19)

estatística, tal se passou igualmente com um dos seus filhos, a psiquiatria ou, se pelo contrário, este até tendeu a levá-la nessa direcção.

*O Renascimento: um mundo não determinista encontra-se com a matemática*

Fear of harm (of lightning) ought to be proportional not merely to the gravity of the harm but also to the probability of the event<sup>3</sup>

*Parisian monks, 1662 (Mayer, 2004, p. 5)*

Para Hacking, se a ciência do século XX descobriu que o mundo não era determinista, já no século anterior, se pressentia – enfatizamos o “pressentir” porque mais do que uma doutrina científica estabelecida, o que Hacking mostra é que, em vários planos, desde a ciência até à literatura passando pela administração, há uma forma de pensar que já não obedece ao cânon determinista — que o mundo podia ser regular sem ser sujeito a leis universais: um passado não implicaria inapelavelmente, isto é de forma pré-determinada, um futuro. (Hacking, 1990a, p. 1)

A causalidade, âncora até então da metafísica, estava a ser abalada<sup>4</sup>. A percepção da sociedade ia-se tornando, em compensação, estatística e as novas leis da natureza, relevando da probabilidade, espelhavam-se no sentimento da população, pois traziam a conotação de normalidade (o mais frequente) e de desvio à norma (o menos frequente). As duas transformações, nas ciências naturais (reclamando um carácter individual para o mundo orgânico) e nas sociais (reivindicando o livre arbítrio), ocorreram, assim, paralelamente. (Hacking, 1990a, p. 1)

---

<sup>3</sup> Terá sido esta a primeira utilização escrita da palavra “probabilidade” e terá ocorrido em 1662, por intermédio de freiras do mosteiro parisiense Port-Royal (influenciadas por Pascal). Traz consigo a noção de risco, como a combinação do provável e da perda. (Mayer, 2004, p. 5; Large, 2013, p. 427)

<sup>4</sup> Hume tinha negado a causalidade e necessidade por a primeira não se dar na natureza nem sequer sendo um factor dado *a priori* ao entendimento, mas antes um resultado da nossa forma habitual de perceber os fenómenos. (Hume, 2003, p. 59) Kant, por seu lado, veio dizer que havia que distinguir a sucessão subjectiva da apreensão, da sucessão objectiva dos fenómenos, dado esta permitir estabelecer uma regra. Só esta deixa entender que há uma sucessão não só na apreensão, como no fenómeno, convertendo a subjectividade em objectividade. O que acabou de acontecer dá uma indicação sobre outro estado precedente, como um correlato. Assim, os fenómenos têm de determinar reciprocamente as suas posições no próprio tempo, segundo uma regra universal, sendo que o princípio da razão suficiente é o fundamento do conhecimento objectivo dos fenómenos. (Kant, 2001, pp. 221-225)

Contudo, é preciso ter presente que, as ciências sociais têm um efeito de feedback sobre si, que as ciências naturais não têm. O facto de alguém poder conformar-se à norma, tentando mesmo pertencer-lhe, (Hacking, 1990a, p. 2) evidencia bem esse efeito de retorno que o saber das ciências sociais tem sobre a sociedade e sobre o próprio saber. De facto, as categorias tiveram de ser inventadas, para que as pessoas que nelas caíssem fossem, convenientemente enumeradas. Em consequência, e ilustrando o processo de *making up people*, que adiante abordaremos, com alguma ironia política, Hacking chega a sustentar que os relatórios oficiais sobre as fábricas podem ter feito mais pela consciência de classe do proletariado, do que a própria teoria marxista (que deles se socorreu). (Hacking, 1990a, p. 3) Portanto, uma das teses fundamentais de Ian Hacking é sobre o efeito de feedback que está no âmago das ciências sociais, e, consequentemente, o processo de auto-ajuste.

Mas como é que se chegou aqui? Para Hacking é preciso recuar até ao século XVII, e ver como os jogos de sorte e azar, bem como a necessidade de criar taxas de nascimento e mortalidade, abriram caminho para a noção de probabilidade. Esta, já com elaboração das regularidades estatísticas — embora a mera contagem não implicasse automaticamente a composição de leis — haveria de estar ligada aos desvios sociais e humanos: suicídio, crime, vadiagem, loucura, prostituição e doença, cuja identificação e contagem também trouxe o seu controlo. (Hacking, 1990a, p. 3)

As consequências desta revolução foram de quatro tipos: metafísicas (a probabilidade desalojou a causalidade cartesiana); epistemológicas (a credibilidade passou a vir da evidência, da análise dos dados e experimentação que se expressam probabilisticamente); lógicas (a dedução de axiomas e a inferência estatística tornaram-se dominantes) e éticas (as probabilidades transformaram a atitude de escolha). (Hacking, 1990a, p. 4) Para Hacking, esta mudança de mentalidade, operada pelo aparecimento da ideia de probabilidade, com a emergência consequente de uma nova forma de atingir a verdade ou a falsidade, constitui um dos eixos da sua tese. Deste modo, passou a ser a frequência ou raridade de um fenómeno a ditar a sua normalidade ou anormalidade, já não a sua qualidade ou causalidade intrínsecas.

Probability is, then, the philosophical success story of the first half of the twentieth century. To speak of philosophical success will seem the exaggeration of a scholar. Turn then to the most worldly affairs. Probability and statistics crowd in upon us. The statistics of our pleasures and our vices are relentlessly tabulated.

Sports, sex, drink, drugs, travel, sleep, friends – nothing escapes. (Hacking 1990a, p. 4)

Mas se o nascimento da ideia de probabilidade se deu no Renascimento, o verdadeiro arranque, para Hacking, de um novo estilo de raciocínio só ocorreu no século XIX<sup>5</sup>. Desta forma permitiu-se que o acaso, até então marginalizado como superstição<sup>6</sup>, fosse recolhido no abrigo científico da lei natural e da lei social<sup>7</sup>. Porque, se a ciência do Renascimento já se distinguia por ser acompanhada pela medição, à nova matematização das ciências físicas operada no século XIX, T. S. Kuhn chamaria a segunda revolução científica<sup>8</sup>. Mas, para o nascimento da lei estatística, de acordo com Hacking, que assim se posiciona nesta polémica, foram os baconianos que prepararam o terreno. Isto porque com o acréscimo de números,

---

<sup>5</sup> A posição de Hacking radicada em A. Crombie, — naquilo que qualifica como estilo de raciocínio — (Hacking 1990a, p. 6) é segundo alguns autores classificada de arquirracionalista. Sobre o debate em torno do relativismo e em que medida as boas e más razões para proposições acerca da natureza são um produto da história, ver Kusch, 2010, p. 158 – 173.

<sup>6</sup> Segundo Hacking, o acaso, até então visto como “superstição das pessoas vulgares”- no sentido em que este termo englobava também a irracionalidade e a mediocridade intelectual — (Hacking, 1990a, p. 1) passou a ser, não apenas a peça central nas ciências naturais e sociais, como algo em que a *intelligentsia* podia acreditar (Hacking, 1990a, p. 10); para Daston, a teoria da probabilidade é a codificação de um novo tipo de racionalidade ou, pelo menos, de uma mais modesta razoabilidade que resolve dilemas quotidianos na base do conhecimento incompleto, em contraste com a certeza demonstrativa tradicional. A racionalidade passou a abranger a incerteza. (Daston, 1998, pp. xi — xii)

<sup>7</sup> Pode-se ver que, ainda hoje, os jogadores das mais diversas actividades conferem à possibilidade do “azar” e da “sorte” uma dimensão sobrenatural, usando as mais diversas formas de o tentar esconjurar (persignar-se, bater na madeira, pronunciar nomes variados, etc.... Curiosamente, todas estas formas de *coping* com o acaso, têm em psicopatologia o nome de pensamento mágico. (Ey, 1978, p. 493)

<sup>8</sup> É todavia claro, para outros autores, que a matematização já se dera no Renascimento, com Galileu, Kepler e o próprio Francis Bacon. Estes já pugnavam pela dissolução de fronteiras entre a matemática e a física, o que, neste campo, já os diferenciavam de Aristóteles, que considerava apenas as qualidades — não as quantidades — definidoras de essências e da estrutura do ser. (Dear, 2009, p. 7, Koyré, 1996, p. 45) O que levou a que a ciência antiga fosse equivocadamente tomada como uma *palette* de conhecimentos desordenados e até por vezes discrepantes. (Gil, 2000, p. 270) Todavia, em oposição às posições de Dear e Koyré, T. S. Kuhn contra-argumenta que ainda que houvesse medição, a ausência do seu registo escrito (como no caso do movimento uniformemente acelerado no plano inclinado, de Galileu), dificultava a comparação da experiência com a de outros cientistas. (Kuhn, 1989, p. 240) Sustenta ainda T. S. Kuhn, que as ciências baconianas se mantiveram sempre separadas de uma matemática (apesar de tudo, apontando Galileu e também Newton como excepções), cada vez mais depurada de aplicações “periféricas” e ligadas a um empirismo de raiz (ao ponto de desprezar a formulação de teorias e manterem-se, militantemente, na pura descrição das suas experiências, não da quietude da natureza). Não é por acaso, diz-nos T. S. Kuhn, que elas gozaram de maior implantação no norte da Europa, especialmente em Inglaterra, enquanto a onda de matematização das ciências nasceria em França, nas primeiras décadas do século XIX. A influência do luteranismo (com o seu *ethos* posto na valorização do trabalho manual) pode, para T. S. Kuhn, ter influenciado este desenvolvimento particular das ciências baconianas, embora a questão não seja, para ele, fechada. Por isso mesmo, crê que o seu balanço é mais positivo no abrir de novos campos à ciência (pela profusão da experimentação), do que em relação a avanços científicos substantivos. (Kuhn, 1989, pp. 74 -94)

mais induções foram possíveis, visto mais regularidades surgirem.<sup>9</sup> O que transbordaria para o comportamento humano. (Hacking, 1990a, p. 62–63)

Nesta perspectiva, a ideia de probabilidade do século XVII e a ideia de signos do Renascimento, representam, para este autor, duas faces da mesma moeda. (Hacking, 1990a, p. 96) Sem prejuízo, no entanto, de que o antigo conceito de opinião e o moderno conceito de conhecimento sejam incomensuráveis. Isto por o primeiro se referir a crença, não passível de demonstração (resultante de reflexão e argumentação), enquanto o segundo lida com o provável, no sentido de poder ser provado (ainda que não estritamente demonstrado), por admitir apenas a aprovação da opinião. (Hacking, 1975, pp. 21-23)

Nos textos médicos da Renascimento, os signos (antepassados dos factores de prognóstico) já estão separados das causas, embora tivessem inscritos no corpo humano, no ambiente natural e no mundo astral. Nesta medida, o signo, para Hacking, ainda que ontologicamente distinto pode considerar-se o precursor da probabilidade. (Hacking, 1975, pp. 27-28)<sup>10</sup> As probabilidades objectiva (frequência) e subjectiva (credibilidade), ou seja a dimensão aleatória e a epistemológica, estavam associadas, o que só foi compreendido por Pascal. Pode ter sido, pois, a necessidade económica (neste caso a organização do estado e a definição dos meios de produção) a impelir a ciência a formar uma teoria das probabilidades. Mas esta teoria selectiva não explicará tudo, para este autor. Por volta de 1660, as pré-condições para a emergência da probabilidade, constituídas pelos signos, determinaram o espaço para a teoria. (Hacking 1975, pp. 1-5)<sup>11</sup> Porém, segundo Hacking, não foi apenas na ciência que se começou a fazer uso da matemática, mas também na organização do estado. A partir do século XVI, alguns países europeus começaram com censos, embora de forma restrita a determinados territórios e actividades. Principados italianos (inventores da moderna concepção de estado), Suécia (dos pastores pioneiros da contagem de nascimentos e óbitos), França napoleónica (dos fisiocratas e burocratas) e Inglaterra (no advento das companhias de

---

<sup>9</sup> Como determinista, Francis Bacon dizia que o acaso é o nome de uma coisa inexistente e o que é acaso no universo, também o é no homem, incluindo os fenómenos psíquicos, que deviam ser submetidos ao exame científico. (Azevedo, s.d., p. 17)

<sup>10</sup> Na obra, *Les mots et les choses*, Foucault sustenta que o signo renascentista obedece a uma economia de semelhanças. O signo não visa, portanto, referir diferenças e identidades como na idade clássica. É por esta razão que o sentido transcendente do signo renascentista deu lugar, a partir de Descartes, a um instrumento de análise imanente. Dito de outra forma, a análise da ordem tomou o lugar das hierarquias analógicas e do jogo de similitudes indefinido que caracteriza a episteme renascentista (Foucault, 1966, pp. 48–53)

<sup>11</sup> Para Daston, o reencontro com o cepticismo grego e as polémicas da Reforma e da Contra-Reforma subverteram as formas tradicionais de crença religiosa, filosófica e científica. Pensadores como Locke, Boyle e Gassendi avançaram com um novo cepticismo — “construtivo” — que reclamava estar a absoluta certeza, em muitas áreas, fora do entendimento humano. (Daston, 1998, p. xii)

seguros marítimos e das tabelas de mortalidade) lançaram-se nas contagens estatísticas. Mas já a partir do século XVI, alguns estados europeus começaram com censos populacionais, embora de forma restrita a determinados territórios e actividades. Claro que, o facto de as populações alvo serem inicialmente restritas, favoreceu o início dessa actividade<sup>12</sup>. (Hacking 1990a, p. 16-17) Mas se foram os italianos a inventar o estado tal como o conhecemos hoje, foram os alemães que trouxeram o qualificativo de “estatístico” e o dotaram de uma burocracia nesse sentido orientada, para o que muito contribuiu o pensamento de Leibniz que a definiu como necessária para o conhecimento do seu próprio poder. Assim, propôs em 1700 (as enumerações oficiais na Prússia começariam anos depois), ao Príncipe Frederico, a avaliação populacional através de 56 itens, que incluíam, por exemplo, sexo, classe social, número de homens mobilizáveis para o exército, distribuição da doença, esperança de vida, quantidade de nascimentos, etc. Este último foi particularmente útil no sentido de tentar unificar o Brandeburgo e a Prússia sob o mandato de um líder prussiano, pois era na Prússia que se registavam mais nascimentos. Nas palavras de Hacking:

Leibniz, my favourite witness to the emergence of probability in the seventeenth century, was the philosophical godfather of Prussian official statistics. His essential premises were: that a Prussian state should be brought into existence, that the true measure of the power is its population, and that the state should have a central statistical office in order to know its power. (Hacking, 1990a, p. 18)

Este tipo de estatística ainda relevava da discrição, quando não mesmo do secretismo – a reforçar com isso o poder estatal – no que contrastava com a estatística do século XIX, que era já pública e publicada. (Hacking, 1990a, pp. 18–20)

É bom ter presente que esta tese de Hacking dá corpo à célebre tese de Michel Foucault sobre a biopolítica. Com efeito, Foucault denomina de biopolítica “o conjunto de mecanismos através dos quais as características biológicas da espécie humana se tornam objecto de uma estratégia política”. Esta nova arte de governar, que ele situa no século XVIII, consiste em controlar e fortalecer a população e representa uma nova estratégia geral de poder. (Foucault, 2007, p. 16)

---

<sup>12</sup> Se bem que de forma ocasional, como em muitas nações europeias, em Portugal, os primeiros censos datam de 1260-1279, com D. Afonso III e 1421-1422, com D. João I, visando determinar o número de besteiros. (Censos 2011, 2014)

Segundo Foucault, foi através de um dispositivo securitário (progressivamente substituindo um dispositivo disciplinar, por sua vez transfigurando-se a partir de um primeiro de natureza jurídica) que o poder passou a controlar a população. O primeiro modelo é jurídico (divisão binária entre o permitido e o proibido), o segundo disciplinar (o culpado surge, ao mesmo tempo, dentro e fora do sistema binário) e o terceiro securitário. Este último modelo implica que o crime é inserido numa série de eventos, que a reacção do poder obedece a uma lógica de custos e benefícios. Ao contrário da divisão binária do modelo disciplinar, agora há um calcular de médias de um dos lados e de um limar de tolerância do aceitável, do outro<sup>13</sup>. (Foucault, 2007, pp. 19-21) Podem-se assim apontar várias inovações ao longo do tempo. No entanto, no que diz respeito às tecnologias ligadas à segurança é preciso sublinhar que este modelo não anula os anteriores, antes multiplica os mecanismos ligados ao aparelho jurídico e disciplinar. (Foucault, 2007, pp. 9-12)

Em suma, com o biopoder a população passa a ser doravante um sujeito político. Um sujeito que não só não se esgota na dimensão jurídica que tinha no passado, como substitui a noção generosa de povo, do “bom povo”. Mas é também a partir de aqui que é preciso contar igualmente com o comportamento normal dos indivíduos, para que eles funcionem apropriadamente como membros de uma população. (Foucault, 2007, pp. 86-91)

Mas de que forma os aparelhos de segurança normalizam? Para Foucault, o hospital psiquiátrico é um exemplo paradigmático. O hospital passa a ser uma máquina panóptica que conferia aos seus espaços um controlo permanente dos doentes. Exemplos disto seriam os pisos térreos<sup>14</sup>, para dar aos médicos uma imediata visibilidade de tudo o que ocorria, a existência de uma torre central com o mesmo fim<sup>15</sup>, o isolamento em celas e o convívio dos doentes para que, cada um se confronte com a “irracionalidade” das suas crenças. Assim, o doente mental veio a tomar o lugar do louco. O doente já não é alguém “possuído”,

---

<sup>13</sup> Este dispositivo releva já da ideia de probabilidade, mas também da transposição de saberes científicos, utilizando a mensuração rotineira – já esvaziada de pressupostos teóricos —, para a prática de vigilância por parte do Estado. (Madureira, 2003, p. 284) Como afirma J. M. Curado, (2007, p. 47) “a ciência e o direito entraram em áreas da vida privada que tinham antigamente a dignidade de não serem objectos de ciência e a dignidade de não serem assunto de diplomas legais dos estados”.

<sup>14</sup> Os pisos térreos para os doentes psiquiátricos também têm por finalidade a prevenção do suicídio por defenestração, o que já era praticado desde o Império Romano. (Trancas, Luengo, Borja Santos, Flores & Cardoso, 2007).

<sup>15</sup> Um sistema, chamado panóptico, projectado por Bentham, em fins do século XVIII, para vigilância de prisioneiros num centro penitenciário em que um vigilante os observava, a partir de um ponto central, sem que esses soubessem que estavam a ser vigiados. (Barton & Barton, 1993, pp. 138-162) Em 1843 este sistema é descrito por B. A. Gomes (que, como veremos, empreendera um périplo europeu pelos principais asilos para alienados), em relação ao hospício de Glasgow. (Gomes, 1999, p. 100)

vagueando pela comunidade, mas sim um indivíduo que é necessário confinar a espaços próprios — apartando-o da sociedade, em virtude dos seus comportamentos desviantes —, mas sujeito a uma visibilidade permanente. (Alves & Ferreira da Silva, 2004, p. 56)

Foucault estuda também o exemplo da varíola, que foi, à época, o caso mais conhecido de endemia de uma doença, que implicava uma taxa de mortalidade de quase um em oito. Além disso, era de início abrupto e de crises epidémicas intensas, implicando uma abordagem exterior à prática e teoria médicas de então, sendo fruto do mais puro empirismo (e assim permaneceu até Pasteur). Tratou-se de uma técnica preventiva que, segundo Foucault, beneficiou de dois suportes: a estatística, que permitiu a sua conceptualização em termos do cálculo de probabilidades e, logo, a sua racionalização e integração analógica com outros mecanismos de segurança, por exemplo aqueles que eram utilizados na política económica em relação à escassez. No caso da vacinação, não se tentava de prevenir a varíola, mas sim inoculá-la para a anular. Com o que, afinal, se podia prevenir outros ataques da doença, o que corresponde a um típico mecanismo de segurança, agora integrado num cálculo político. Tal procedimento tornou a prática aceitável, ainda que não correspondesse ao pensamento médico. Alguns elementos, de acordo com Foucault, contribuíram para a extensão dos aparelhos de segurança. Assim, para determinar a validade do procedimento, perguntava-se: vale mais arriscar a morrer da doença ou da inoculação? Com a introdução do cálculo de probabilidades, a varíola deixou de ser vista como o até então eram as doenças, isto é, como uma doença em si, mas como uma doença correspondente a uma distribuição de casos numa dada população. Surgiu, por conseguinte, o conceito de caso, não individual, mas integrado num problema colectivo em termos de quantificação. Por outro lado, também pela análise da distribuição de casos, era possível identificar o risco de morbilidade e de mortalidade de acordo com a idade e o tipo de inserção no meio. Apareceu, portanto, a noção de risco. Assim sendo, não existindo um risco igual para todos os indivíduos, constitui-se uma nova percepção de perigo. E por a epidemia ter exacerbações e desaparecimentos imprevisíveis, surgiu a noção de crise. Perante estes novos conceitos, o objectivo das medidas disciplinares seria evitar o contágio (isolando os atingidos) e tratar a doença em cada paciente, embora o aparelho desenvolvido com a vacinação tomasse a população como um todo, calculando-lhe os vários coeficientes de risco. Mas a análise foi mais elaborada, estudando-se as probabilidades em populações específicas (consoante a idade, zona de habitação, profissão, etc.). Portanto, além da distribuição normal global, havia outras distribuições mais específicas, reduzindo-se ainda mais os casos desviantes, porque ao se descobrir que, por



exemplo, um grupo etário era mais atingido (no caso, as crianças com menos de três anos), tentava-se reduzir a sua morbilidade. Assim, o interface das diferentes normalidades, que levou à medicina preventiva, assentou na condição de que a própria população, já elevada a sujeito político passou a ter uma matriz probabilística para o Estado. Em suma, o conceito de biopoder visa dar conta de uma nova racionalidade política: aquela em que a preocupação política em lidar com as variáveis biológicas da população visa o fortalecimento do Estado e se materializa em políticas de saúde. Pressupostos que, sendo originários de Foucault, tornaram-se para Hacking, determinantes para a edificação da sua tese.

Curiosamente, a par do Estado, também algumas comunidades religiosas tentaram adoptar a estatística, esforçando-se por provar que ela traduzia um desígnio de Deus. Por exemplo, para John Arbuthnot havia mais nascimentos masculinos que femininos para compensar o maior número de mortes de homens no mar e na guerra, princípio este que foi seguido por Boyle. O pastor Süssmilch, em 1741, foi também um arauto da teologia demográfica, com a sua obra “Divine Order” (em que ligava, por exemplo a maior taxa de mortalidade nas cidades à maior frequência do “pecado” aí reinante). Daí que Foucault o inscrevesse na categoria do biopolítico por já visar o corpo social ou suas partes, como um todo merecedor de intervenções específicas. A ilustrar também a importância do pensamento biopolítico, na Europa, a partir do século XVIII, está Malthus, que falou da dificuldade em angariar indefinidamente meios de subsistência por estes crescerem em progressão aritmética, enquanto a população o faz em progressão geométrica – logo, com tendência à consequente privação – concluindo, por isso, que os pobres devem ter poucos filhos<sup>16</sup>. (Hacking, 1990a, pp. 21–22)

Na Prússia, para a coroação de Frederico Guilherme, foi proposta em 1787 uma nova enumeração dos habitantes e o pretexto foi que os novos governantes conhecessem o seu real poder (a Prússia tinha-se expandido territorialmente para a Polónia). O novo *bureau* estatístico da Prússia destacar-se-ia pela profusa publicação dos dados.

---

<sup>16</sup> Malthus, em 1798, tomando como ponto de partida as ilhas britânicas, concluía pela impossibilidade de amplificação da terra arável, que acompanhasse indefinidamente o crescimento demográfico. Daí que a única forma de resolver o problema, por parte dos humanos, implicasse a voluntária restrição da descendência, sobretudo no que diz respeito às classes mais desfavorecidas, para quem a demanda de subsistência é mais difícil. (Malthus, 1998, pp. 4–10) E. P. Thompson referiu o crescimento demográfico da classe operária inglesa, medrando em péssimas condições ambientais, incluindo estéticas, com cidades de mais de 10000 habitantes destinadas àquela população. Aponta ainda o aumento dos nascimentos e não da esperança de vida, como principal responsável, o que também explica o incremento do trabalho infantil. (Thompson, 1963, pp. 231-233)

Contudo, até meados do século XIX não houve determinações superiores para a centralização dessa publicação, mas após 1860, pela mão de Ernst Engel, instituíram-se *bureaus* nas principais cidades. O território germânico tinha necessidades, neste campo, que outras nações não tinham, nomeadamente a sua partição em estados que tinham trocas comerciais entre eles. Daí que o levantamento estatístico fosse aí mais imperioso. Estava em marcha a criação de um novo tipo de Homem porque, como afirmou Richard Boeckh, em 1863, a estatística era um instrumento que se propunha acompanhar o homem desde o nascimento, passando pela sua escolaridade, vacinações, serviço militar, casamento (e com quem) até à morte (e porquê). A Prússia vencedora da guerra contra Napoleão criara, no entanto, uma sociedade que resistia à generalização estatística. Isto porque, apesar do poderoso *bureau* estatístico, não havia, entre os germânicos a concepção de lei estatística dado que, apesar da avalanche de números, a sua sociedade era colectivista, conservadora e holística (que a levou ao estado social), enquanto em França e Inglaterra predominavam o liberalismo, o individualismo e o atomismo (que trouxeram a competição individual e a filantropia). (Hacking, 1990a, p. 36)

Entretanto, John Sinclair, político escocês, fundou o Conselho da Agricultura em 1793 e, em 1799, completou o livro *Statistical Accounts for Scotland* em que recolheu respostas de 938 párocos a questionários agrícolas (incluindo a vertente humana dos que a ela se dedicavam), onze anos depois de ter efectuado uma viagem pela Europa, em que visitou a Prússia. A principal diferença entre as recolhas britânica e prussiana de dados, residia no facto de no primeiro caso ela ser efectuada pelo organismo que deles necessitasse, enquanto no segundo ser centralizada a partir de um bureau governamental, o que pressupunha um tipo de conhecimento especializado para o efeito e uma postura neutra perante as partes. Contudo, em ambos os casos, os novos funcionários foram escolhidos pelo seu diletantismo na causa, se bem que entre os germânicos tal dependesse mais de uma convocatória, que da iniciativa individual.

#### *A ciência médica e a ciência moral*

Uma das teses mais surpreendentes de Hacking é a oposição, acima referida, que estabelece entre o Leste e o Ocidente no que respeita à forma como a lei estatística era interpretada, melhor dizendo, sobre o seu estatuto. É uma tese inovadora dado as ilações sociais, políticas e culturais serem de grande alcance, e por Hacking parecer não só

simplificar como explorar, através de um novo viés, a famigerada oposição entre leste e ocidente. Neste sentido, esta oposição baseada num conflito entre colectivismo e individualismo, que muitos situarão no século XX, já radicaria, em dois diferentes posicionamentos culturais, para ele, evidentes pelo menos desde o século XVIII.

Hacking tende a ver, tanto a Leste como a Ocidente, a lei estatística como um produto social. Contudo, para o primeiro caso como representando factos culturais, não necessariamente como resultante de comportamentos individuais, já que paradoxalmente – é o próprio quem o admite – as concepções atomistas da pessoa eram aí prevalentes. Já no segundo caso, igualmente auto qualificado de contraditório seria a atitude holística e colectivista do Leste que promoveria a ideia de lei social decorrente de comportamentos individuais. (Hacking, 1990a, p. 36) Em Portugal, o desenvolvimento estatístico não chegou a ser suficiente para concluirmos em que campo se postaria o nosso país. Por um lado, a aplicação estatística à administração civil, que na Prússia se deu a partir de 1725, apenas se verificou em Portugal, em 1864. (Valério, 2001, p. 34) Por outro, a sua aplicação à ciência, pelo menos no que toca à medicina, foi igualmente muita tardia no século XIX (apesar de um discreto surto nos anos 30), como veremos no capítulo seguinte.

Do próprio, surge então a exposição desta dissonância, que emerge de uma lei probabilística aplicada às populações: se não deveria, por um lado, a atitude colectivista apelar à referida lei; se não seria, por outro, a posição liberal a rejeitá-la por ela não deixar espaço à liberdade individual, assentando no fatalismo estatístico. Porém, resolve o autor a equação, a lei estatística é produto dos actos dos indivíduos. No Ocidente, a sua concepção radica nas mútuas influências de franceses e ingleses quando os primeiros integraram as ideias de Newton (sobre a mecânica celestial e racional) e de Locke (acerca da faculdade de raciocínio).

Assim, Hacking sustenta que estas novas ideias desaguaram numa concepção geral do homem e da sociedade que abarcava não só a mente individual, mas as relações entre os vários seres humanos, como propunha Condorcet<sup>17</sup>, figura central, para o autor, desta

---

<sup>17</sup> Nesta perspectiva optimista e devedora da progressiva centralização do naturalismo no Homem, alguns filósofos reavaliaram a medicina na sua relação com as ciências morais e físicas, despindo-a de valoração teológica. As preocupações eram agora a eliminação da pobreza, a instauração do governo constitucional e a propagação das virtudes civis. Este último aspecto radicava na assunção de que um século de progressos nas ciências racionais e experimentais podia levar a uma revolução semelhante na vida moral e cívica. Todavia, autores como Cabanis e Bichat mostravam a sua oposição à importação de métodos quantitativos pela medicina,

impregnação das ciências sociais pelo novo estilo de raciocínio. Profetizava Condorcet, para essa nova ciência – moral, expressão com que apenas procurava descrever os costumes — um progresso a par do das ciências físicas, pois deveriam seguir o mesmo método, procurando ser igualmente precisas. Este parto da ciência moral, à imagem e semelhança das ciências físicas, é fundamental, para a teoria de Ian Hacking<sup>18</sup>. De facto, acrescenta, Condorcet considerava tanto umas como outras serem diferentes da matemática por permitirem aceder à evidência a partir de uma probabilidade matematicamente expressada. O autor chama a atenção para a importância deste estatístico francês, no que respeita, por exemplo, à composição dos júris dos tribunais (questão adiante abordada), pelo facto de que ele realça a importância do rigor probabilístico na edificação da certeza do veredicto, por se tratar de uma escolha moral<sup>19</sup>.

But without Condorcet enlightenment vision of law, of moral science and of the sweet despotism of reason, those number-collecting offices might merely have manufactured tables in the Prussian style. French numerations and social mathematics were instead sired by Newtonian ambitions of laws of society. (Hacking, 1990a, p. 46)

Mas a ciência moral de Condorcet separava-se em dois terrenos: o da história (em que se traçava os progressos do espírito humano) e o da matemática social (estatística, probabilidades, teoria da decisão, economia, análise custo-benefício, etc...) Foi esta vertente numérica que originou a lei estatística a que Condorcet atribuiu a crença, da parte dos homens semelhante à que têm pelas leis naturais. Porém, Condorcet, nos seus *ratios* estatísticos tinha, à partida, mais dados biológicos que sociais. Como aqueles, de que são exemplos as taxas de nascimentos e mortes (o que não ocorria com as taxas de matrimónio), não eram atribuíveis aos costumes, deram escasso contributo à matemática social, o que não significa que não pudessem ser interessantes para os governos abordarem certos problemas socioeconómicos. Outras escolhas humanas (além dos casamentos, por exemplos, os divórcios) que resultam de

---

(Cabanis reclamava apenas um “alto grau de probabilidade” e um “instinto feliz”) na esteira do que viria a fazer, mais tarde, Claude Bernard, como veremos. (Murphy, 1981, p. 301)

<sup>18</sup> Daston relaciona o trabalho dos demógrafos do século XVIII, em relação à colheita numérica de dados e à descoberta de regularidades, com o desenvolvimento das ciências sociais nos cem anos seguintes. (Daston, 1998, p. 372)

<sup>19</sup> Para Daston, Condorcet não reduziu a escolha à fixação da probabilidade, porque referiu a importância de “circunstâncias particulares”. Assim, dever-se-ia determinar, por exemplo, se a probabilidade de um erro num julgamento, era superior à probabilidade de o respectivo acusado, em função das suas características pessoais, ter cometido o crime, levando-se em conta os interesses que podia dele tirar. (Daston, 1998, p. 92)

múltiplos factores podem ser constantes, quando a amostra é muito grande. Sabia-se, então que os desvios (como os divórcios e os homicídios) tinham taxas fixas. As relações sociais estavam dominadas pelo "doce despotismo da razão". Mas sem uma crença apriorística em leis newtonianas acerca dos homens, as leis probabilísticas não teriam sido extraídas da avalanche de números.

Como referimos, no início deste trabalho, Hacking procura, mediante a sua análise histórica, realçar esforços individuais, ao invés de traçar cronologicamente os movimentos verificados. É neste sentido, que foca o trabalho de dois autores ingleses que, em seguida, apontamos.

Partindo do facto de em 1840, nos periódicos europeus já abundarem leis de doença segundo outros índices como sexo, local e ocupação, Hacking alude a Richard Price (1723-1791), pastor, estatístico e filósofo republicano que deixou uma lei de mortalidade baseada em registos respeitantes à cidade de Northampton. Determinou a esperança de vida à nascença em 24 anos, relacionou de forma proporcional as taxas de mortalidade e doença e calculou ainda que esta se situava em um dia por cada oito semanas de trabalho, até aos 32 anos. Naturalmente, que isto constituiu uma fonte importante de informação para a seguradora principal de então, a Equitable Society, e Price ficou para a história, pelo menos de acordo com a visão britânica, como o promotor das bases empíricas das taxas de mortalidade, embora o próprio Hacking admita a superioridade de um trabalho sueco.<sup>20</sup> (Hacking, 1990a, p. 49)

Mas Price ligou ainda as taxas de mortalidade às taxas das doenças e estas ao absentismo (uma semana por ano até aos 32 anos e duas até aos 60. Parecem ainda ter tido uma influência positiva na evolução dos números da saúde, sobretudo no que respeita às crianças. Também proeminente, para Hacking, como autor de leis de doença foi William Farr<sup>21</sup>, pioneiro da estatística médica, que criou um sistema de análise de incidência de nascimento, vida e morte, entre 1838 e 1879, que permaneceu como uma referência mundial. A importância de Farr deveu-se ao estabelecimento da duração, frequência e perigo da doença, bem como da relação entre taxa de mortalidade e densidade populacional, o que terá

---

<sup>20</sup> Westergaard, também citado por Hacking, afirma que a Suécia foi a primeira nação a conceber a "aritmética política". (Westergaard, 1969, p. 53)

<sup>21</sup> Alguns autores destacam também o papel de Thomas Rowe Edmonds. (Eyler, 2002, p. 7)

permitido lançar as bases da epidemiologia e da medicina preventiva<sup>22</sup>, ao compreender que havia *districts* mais saudáveis que outros. Baseando-se, em registos hospitalares dos últimos 100 anos, apurou uma nova classificação nosológica — que está na origem da actual “Classificação Internacional de Doenças” da OMS — e às contagens de acordo com esta, chamou nosometria. Calculou o número de mortes causadas pelas várias patologias, tornando a nova classificação inseparável da enumeração, que segundo afirmou, permitia à medicina um lugar entre as ciências, tornando-se, assim, mais científica<sup>23</sup>. (Hacking, 1990a, pp. 48–53)

Porém, se a avalanche de números proporcionava uma maior informação casuística, não trazia necessariamente, como se via pela evolução da medicina, uma evolução correspondente dos tratamentos em cuidados secundários.

Segundo Hacking, a primeira revolução estatística versando tratamentos médicos, deu-se em conexão com as teorias de Broussais, (Hacking, 1990a, p. 81) cuja notoriedade se deveu a ter pensado a doença como entidade de causa localizável, resultante de irritação ou astenia dos tecidos<sup>24</sup> (nesta perspectiva, pensava também todos os eventos mentais como eventos cerebrais). No entanto, revelou-se grande utilizador da sangria, como método terapêutico, pois era vista como um regulador fisiológico que permitia actuar sistemicamente em todo o corpo (de facto ainda que a causa fosse localizada a um órgão, era todo o sistema que estava doente). Balzac, aliás, referido por Hacking a propósito da *Physiologie du Mariage*, ironiza, recorrendo a Broussais, nessa obra de 1829, que um marido, ao menor pretexto, para prevenir qualquer infidelidade da sua mulher lhe deve lançar sanguessugas para rapidamente a sangrar. (Balzac, 1968, p. 151) Acrescenta ainda que a escolha de um médico, por parte de um marido para a sua mulher é, neste aspecto, fundamental, (Balzac, 1968, p. 174) no que realça a ligação da medicina com a moral, até no sentido de que se existem leis para a natureza física, também existirão para a natureza moral. (Balzac, 1968, p. 113) Nesta linha,

---

<sup>22</sup> O progresso estatístico tornou-se depois particularmente acelerado na época vitoriana, tendo o Oxford English Dictionary, pela primeira vez, contemplado, a palavra “epidemiologia” em 1873. Por sua vez, o ímpeto preventivo nasceu da confrontação com a dificuldade em tratar as doenças infecciosas. (Prince, Stewart, Tamsin & Hotopf, 2003, p. 3)

<sup>23</sup> Outro tema clássico, posto que ainda hoje é objecto de debate, são as repercussões sociais da revolução industrial e da crescente urbanização. Com efeito, Farr chegou à conclusão que a cidade era menos saudável que o campo e considerou a pobreza como causa de doença, tendo estabelecido, por exemplo, que o suicídio era mais frequente nas classes mais desfavorecidas, onde também haveria muitos óbitos causados pela fome e por más condições higiénicas. (Whitehead, 2000, pp. 86-87)

<sup>24</sup> Recorde-se que este professor de patologia geral na Academia de Medicina concebeu a doença como excitações, originadas em excessos a partir do normal. Foi o patológico que passou a ser definido a partir de desvios – contínuos — do normal, o que ainda hoje é tema de discussão na medicina e na psiquiatria. (Nesse & Stein, 2012) Aliás, Hacking refere que pode ser atribuído a Pinel e a Bichat, o mérito de já anteriormente o terem admitido. (Hacking, 1990a, p. 245)

Comte viria igualmente a “transferir” este pensar fisiológico para as leis da sociedade. (Canguilhem, 2009, p. 16)

Este incremento da utilização da sangria, por Broussais, deu-se após as guerras napoleónicas onde serviu como médico militar e pode observar não só as lesões do foro cirúrgico, mas também várias doenças sistémicas, em geral, infecciosas. Entretanto, houve quem notasse, como Miquel, que o advento da nova fisiologia trouxera um aumento das mortes a Paris. Outros apontaram o hospital de Broussais, como sendo o responsável específico por essa amplificação obituária na capital. Os seus defensores apontaram o facto de Broussais lidar com febres durante o ano inteiro, não apenas em determinadas estações e de a taxa de sucesso do hospital ter melhorado entre 1815 e 1820, época, da sua direcção. O que foi contestado por o período de 1800 a 1814 ser de guerra, trazendo consequentemente mais mortes.

Entretanto, a partir de 1828, Louis empreendeu várias avaliações estatísticas da sangria, julgando-a totalmente ineficiente. Broussais respondeu com apenas uma morte por cólera em 40 doentes, mas soube-se depois que dava alta a doentes ainda infectados. Broussais tornou-se, para Hacking, o primeiro médico a ser destruído pela estatística, que, no entanto, ainda levava mais a retóricas inflamadas, que a inferências sólidas.

Yet in the strictly medical domain he was more crushed not by a host of scurrilous numbers but by a single case, a famous friend who died of cholera. (Hacking, 1990a, p. 84)

Outro caso que Hacking apresenta para corroborar a sua tese é o caso de Civiale que, em 1828, comparou a litotomia e a litotripsia como forma de intervencionar cirurgicamente os cálculos vesicais<sup>25</sup>, concluindo que na primeira obtivera uma mortalidade de 1024, em 5443 doentes e, na segunda, 7 em 307, trabalho que foi desvalorizado por um júri da Academia das Ciências, presidido por Poisson, por relevar de factos “sem autenticidade, detalhe, controlo e valor”, ou seja, no fundo, por prescindir do individual<sup>26 27</sup>.

---

<sup>25</sup> Consistem, respectivamente, em intervenções via abdominal e transuretral.

<sup>26</sup> Alguns autores consideram como primeiro ensaio clínico registado, um estudo de 1747, efectuado por James Lind, em que este médico experimentou diferentes alimentos em marinheiros afectados de escorbuto e verificou que só melhoravam os que tinham ingerido citrinos. (Mayer, 2004, p. 7)

<sup>27</sup> Não houve, aparentemente, no século XIX português, pelo menos no período por nós estudado, quaisquer inquietações semelhantes, como adiante veremos. Ainda no final do século, eram muito esparsas as referências

Para Hacking, na aplicação da estatística à medicina, é “forçoso perder o homem de vista”, visto os estudos só terem valor, com massas infinitas, ao contrário do que se passa na ponderação de um caso individual, onde a acumulação de dados sobre grupos de outros doentes, pode, para aquele, ser irrelevante. Não envolve esta preposição qualquer cliché moral e valorativo, no sentido de querer desumanizar a medicina, antes pretende constatar que, para raciocinar com base em grandes populações, há que pôr de lado especificidades individuais, para, com isso, homogeneizar amostras. Não está, ainda hoje, fechado este debate, onde alguns resistentes à medicina baseada na evidência, apontam a necessidade de continuar a conferir importância à especificidade individual, não apenas na ponderação de um projecto terapêutico como também no despertar de “tensão essencial” (Kuhn, 1989, p. 81) que um caso único pode espoletar. (De Leon, 2013, pp. 205-217)

Contudo, antes da medicina, seria a justiça a deixar-se imbuir pelo espírito estatístico, (Hacking 1990a, p. 86) talvez por aquela dizer respeito a todos os homens e não apenas, como a justiça, a alguns, os acusados, daí marginais à sociedade. Em Portugal, no século XIX, onde se perdeu rapidamente, cerca de 1850, a implementação de tribunais de júri, outrora criados com a revolução liberal, (Barreiros, 1980, p. 598) a utilização estatística na medicina, teve mais a ver com intuitos administrativos do que com fins científicos, como veremos nos capítulos seguintes. Não deixaria, porém, de ser com a ajuda da psiquiatria que a estatística entraria na medicina portuguesa, onde portanto, não se verificou a ponte, referida por Hacking, da justiça e dos suicídios, categoria esparsamente referida nos diagnósticos do Portugal oitocentista.

O astrónomo Quetelet, cuja obra é de capital importância para o pensamento de Hacking sobre o desenvolvimento da estatística, foi o grande teórico das regularidades estatísticas no século XIX, ao notar, a partir das publicações judiciais parisienses, a aterradora constância dos vários crimes que ocorriam. Assim, anunciou, em 1844, que alguns atributos humanos têm uma distribuição tal como os resultados da “moeda ao ar”, podendo ser transcritos para uma “curva de erro” ou curva de Gauss. No segundo caso, a distribuição é binomial (cara ou coroa), enquanto no primeiro consiste numa distribuição de erros com uma média e uma medida de dispersão que, quanto mais próxima estiver da média, mais esta é fiável. Uma posição celeste medida por um instrumento é uma posição real no espaço. Mas Quetelet

---

estatísticas nos artigos médicos e, ainda assim, revelavam mais uma preocupação de mera contagem do que de qualquer tentativa de inferência científica.



aplicou a mesma curva aos fenómenos biológicos e sociais, ainda que aqui a média não seja uma quantidade real. Daí que Quetelet falasse no “homem médio”, não como um homem tipo, que fosse média da humanidade, mas num outro, representante de uma nação, povo ou raça.

Esta noção de homem médio, foi, para Hacking, meio caminho para a eugenia, que assim teria a sua raiz no trabalho de Quetelet, sendo o restante cumprido por políticas sociais destinadas a preservar ou alterar as características de uma raça. (Hacking, 1990a, p. 108) Ou seja, foi este conceito de homem médio que, para o filósofo canadiano, trouxe a ideia de um padrão normalizador — não fundado numa qualidade mas num cálculo matematicamente neutro — e, consequentemente de eugenia que etimologicamente significa “bem-nascido”. Por seu turno, o novo padrão levou a uma nova forma de informação e controlo populacional (o que corrobora a ideia de uma biopolítica) que teve o seu epílogo no holocausto.

Com a medição de quantidades físicas, Quetelet, juntamente com o seu erro provável, criou a teoria da teoria das medidas ideais e abstractas das características de uma população. Teoria que foi um passo crucial na domesticação do acaso, por transformar leis meramente descritivas em leis da sociedade e da natureza assentes em causas e verdades subjacentes. Segundo Hacking, no mesmo ano, Quetelet daria mais quatro passos importantes: a verificação de que a medição de uma característica de um indivíduo (por exemplo, a altura), por diversas vezes, não dará o mesmo resultado (dispersão medida pelo erro provável); que o mesmo efeito se passa na medição de uma quantidade astronómica; que se pode, no entanto, não saber se as diferentes medidas correspondem ao mesmo indivíduo ou a vários (a mesma técnica é usada para medir várias vezes um homem ou uma vez vários) o que sugere, no caso de as distribuições serem diferentes, uma forma de distinguir entre uma população homogénea definida por uma quantidade real ou populações heterogéneas; que o número obtido deixou de representar uma entidade aritmética abstracta para passar a definir uma população. Assim, para Hacking, foi fundamental para o futuro do pensamento estatístico, o facto de as propriedades individuais deixarem de o ser, isto é, passarem a estar integradas no todo colectivo<sup>28</sup>. (Hacking, 1990a, pp. 108–109)

---

<sup>28</sup> Neste sentido, Canguilhem adianta que um desvio estatístico, por si, pode não dar informação suficiente sobre o grau de morbidez que representa, pois só perante a estrutura individual, tal pode ser aferido, já que um grau de variabilidade é fundamental para a adaptação. (Canguilhem, 2009, pp. 120-122)

Quando Quetelet leu a publicação dos perímetros torácicos de soldados escoceses, resolveu aplicar-lhe uma distribuição estatística, obtendo em 5738 indivíduos, 1073 com 39 polegadas e 1079 com 40, sendo o erro provável de 33.34 mm. Afirmou então que se fizesse as 5738 medições no mesmo indivíduo, os resultados não seriam muito diferentes.

Como seria possível entender a estabilidade estatística num universo laplaciano, em que uma mente informada deduziria um acontecimento futuro a partir de um momentâneo estado presente? O próprio respondeu que a probabilidade era, em parte, produto do nosso conhecimento e, em parte, produto da própria ignorância. Contudo, a resposta pode ser dada com mais propriedade numa sequência de cinco passos: 1) O facto de um lançamento de moeda poder dar cara ou coroa, depende tanto da mecânica newtoniana como das condições daquele. Estas e outras variáveis podem ser consideradas causas e a nossa ignorância de todas elas leva-nos à probabilidade. 2) Com repetidos lançamentos, obtém-se a distribuição binomial. A explicação da estabilidade estatística e da sobreposição da frequência relativa e da probabilidade é dada pelos resultados prévios de lançamentos e pela dedução matemática. 3) Quando se mede a intensidade da luz ou a posição de um objecto não se está a lançar moedas. Mas os erros inerentes à medição são produto de causas momentâneas actuando no próprio instrumento, no observador ou no sinal que chega a estes. Daí que a curva de erro e a distribuição binomial possam ter a mesma forma, o que oferece uma simplificação do raciocínio. 4) A propósito da estabilidade estatística das ciências morais, pode-se perguntar quais são as miríades de causas que actuam sobre a nossa decisão em optar pelo bem ou pelo mal. A medicina organizara já um numeroso rol de causas, de diversas categorias, para algumas patologias, como o suicídio, ponte perfeita entre esta disciplina e o crime. Aqui pontuava também o homicídio, para o qual Guerry, de uma lista de 21322, extraiu 97 motivos principais acrescidos de outros 4478 subsidiários. A estabilidade estatística de Poisson era transferida para o crime, mas foi pela medicina que a metafísica subjacente da probabilidade, nomeadamente o quadro das causas momentâneas, foi assimilada. 5) Quetelet assumiu empiricamente que os atributos humanos estavam distribuídos como a lei de erros. Mas, para Hacking, o facto de as verdadeiras causas dos perímetros torácicos serem ignoradas, levou a que a matemática da probabilidade e a metafísica das causas subjacentes fossem amalgamadas numa compreensão fátua da estabilidade estatística. (Hacking, 1990a, pp. 111-112)

Galton viria mais tarde a insurgir-se contra a qualificação de “erro provável” a propósito de atributos humanos (desde a cor dos olhos até à propensão artística). Mas a distribuição

gaussiana, com a sua assunção de pequenas causas independentes criara uma verdade sintética *a priori*, sendo esta por si só, tudo o que podia ser. O determinismo tinha sido atacado pela estatística e não havia forma coerente de entender este novo florescimento de ideias. (Hacking, 1990a, p. 114)

Deste modo, segundo Hacking, na aplicação do pensamento estatístico à ciência em geral, foi de primordial importância o facto de as sociais terem sido equiparadas às naturais, com as seguintes consequências: que aquelas tivessem adquirido um efeito de feedback sobre si mesmas, já que estas só em muito menor grau o possuem; que as ciências sociais passassem, além disso, a ser definidas por médias matematicamente neutras não relacionadas com qualquer essência qualitativa, como sucede com as naturais, estas sim, à partida devedoras de propriedades intrínsecas que se podem objectivar numericamente; que qualquer característica individual do ser humano passasse, como as suas contrapartes biológicas a estar integrada no todo colectivo populacional; que apesar de tudo e como já referimos na introdução, foi a medicina a ciência natural que mais resistiu à “colonização” estatística.

#### *Repercussões na Psiquiatria e na Justiça; consequências metafísicas e políticas*

Em relação às repercussões que o novo estilo de raciocínio teve na psiquiatria, parece, para Hacking, ter sido através da justiça que a transição se deu. Como vimos, segundo o autor canadiano, houve alguma resistência por parte de médicos e matemáticos em aplicar à medicina a novel disciplina. Sucedem, no entanto, que com a sua aplicação à justiça e devido às íntimas relações desta com a psiquiatria (ambas tratam de comportamentos desviantes), a ponte para a medicina, ficou assim estabelecida.

Como comportamento desviante que relevava de ambas as competências – psiquiatria e justiça – estava o suicídio. Relembre-se que, à época, os suicidas sobreviventes podiam responder judicialmente pelo seu acto, o que provavelmente representaria um deslocamento do local da resposta: da Igreja para o Estado. Recorde-se, a propósito que como refere o próprio Hacking já havia uma tradição anticlerical na defesa do seu direito. (Hacking, 1990a, p. 65)

Entretanto, as regularidades numéricas sobre doenças, cunhadas como leis, estavam a alargar-se ao campo das enfermidades mentais. Fazendo a ponte entre a Medicina e a Justiça, estava a questão do suicídio.

O alienista Esquirol, tratou o conceito como novo, embora o termo já apareça escrito desde meados do século XVII e a razão, pode ter sido, para Hacking, a sua adopção pela justiça. Defendeu que os médicos tinham o direito de controlar, tratar e julgar os suicidas, baseando-se no facto de se constituir como forma de loucura e de esta ser do domínio da medicina. Incluiu-o até nas monomanias<sup>29</sup> e o seu desenvolvimento do conceito acompanhou as contagens de suicídios.

Hacking recorda-nos que as contagens tinham começado em Inglaterra, em 1662, com Graunt e as suas tabelas de mortalidade semanais, em que eram especificadas as causas da morte. Outros países copiaram o modelo e, em 1813, Burrows notou que havia mais suicídios em Paris (141 em terra e 243 no rio) que em Londres (respectivamente 35 e 101), facto que foi rejeitado por Esquirol por o considerar uma característica inglesa<sup>30</sup>, (dado como adquirido na época). Esquirol, entretanto, encarregaria J. P. Falret, um dos seus alunos, de estudar o problema, tendo em 1822, publicado um livro, *De l' Hipocondrie et du Suicide*, em que aborda a questão. Falret questionou a escolha do ano de 1813<sup>31</sup> afirmando que, se havia mais alienados em Londres do que em Paris (os números respeitantes à capital francesa não foram provavelmente obtidos de forma rigorosa), tal implicava haver também mais suicídios<sup>32</sup>. Estes debates marcaram o início das contagens de suicídios de uma forma que reproduzia o antagonismo político entre os dois países, (Hacking, 1990a, p. 67) visto, em 1813, a França ainda viver sob o império napoleónico. O debate podia marcar politicamente a discussão,

---

<sup>29</sup> A monomania, termo cunhado por Esquirol, era considerada uma forma de loucura parcial, não existindo um atingimento total da personalidade e da vida mental, podendo englobar os meros comportamentos desviantes, como a piromania ou o suicídio; os seus sucedâneos nas actuais classificações psiquiátricas serão, por exemplo, a perturbação delirante (paranóia) e a perturbação obsessivo-compulsiva. O caso dos comportamentos desviantes, porque facilmente objectiváveis, facilitou a sua captação pelo campo intersectado da psiquiatria e justiça, sabendo-se hoje que a sua mera manifestação não é condição suficiente para a inclusão na área psicopatológica; também a ideação suicida não é hoje considerada doença, sendo tomada como sintoma acompanhante de algumas delas, estando em aberto a discussão sobre se pode haver suicídio sem psicopatologia. (Ho, 2014, pp. 141-147)

<sup>30</sup> Os dados actuais (oficiais) revelam uma maior predominância do suicídio em França que no Reino Unido (Causes of Death Statistics, 2015, mas curiosamente ainda há artigos comparando a frequência nos dois países, por vezes revelando resultados contraditórios. (Boëlle & Flahault, 1999, p. 1364)

<sup>31</sup> Neste livro, Falret afirma que Burrows escolheu o ano de 1813 de forma tendenciosa já que fora uma época de grandes convulsões políticas em França e, como tal, mais tendente à prática do suicídio. (Falret, 1822, pp. 99-100)

<sup>32</sup> Não há quais quer dados rigorosos acerca da prevalência, à época, do suicídio em Portugal, embora os alienistas da segunda metade do século, afirmem que ele é em número inferior ao de outros países europeus. Os dados actuais, ainda que controversos por poder existir alguma “contenção nos relatos”, vão nesse sentido (Causes of Death Statistics, 2015, Ferreira de Castro, Pimenta & Martins, 1989, pp. 334-339). É inegável, porém, a existência de “bolsas” suicidárias, como no caso de algumas zonas alentejanas, sendo que esta região é das que melhor incarna aquilo que vulgarmente é conhecido como a “tristeza portuguesa”. Foi este sentimento, mas também, por vezes, a raiva (auto) destruidora que levou Unamuno a qualificar os portugueses como um “povo de suicidas”, não apenas literalmente, mas enquanto raça. (Unamuno, 2010, p. 72-73)

sobre a maior eficácia de qual dos regimes para o aporte de mais felicidade à população, sem esquecer que o regime francês de então experimentou, na organização do estado, alguma tendência colectivista.

Falret considerou uma lista de causa predisponentes em que incluiu a hereditariedade, o temperamento, a idade, o sexo, a educação, a leitura de romances, a música, os espectáculos teatrais, o clima, as estações do ano, a masturbação e a ociosidade<sup>33</sup>. Nomeou ainda vários acontecimentos de vida, causas indirectas (várias doenças físicas) e causas gerais (civilizacionais e políticas), sendo que estas são precursoras da apropriação do conceito de anomia por Durkheim. (Hacking, 1990a, pp. 65–68)

Por volta de 1800, dera-se uma mudança no tratamento da doença mental, quando este passou a ser do âmbito da medicina. Entretanto, pela mesma altura, dera-se uma alteração do pensamento médico com a passagem do paradigma humoral para o orgânico, que associava a doença a um órgão ou tecido<sup>34</sup>. Ao considerar-se que a doença estava localizada no órgão, à loucura correspondeu naturalmente o cérebro. Outros factores ambientais foram desvalorizados. (Hacking, 1990a, p. 69) Os ingleses, mais ligados à medicina atórica, não foram tão influenciados pelo novo paradigma, até porque Esquirol e os seus discípulos falhavam em encontrar diferenças nos cérebros dos suicidas e dos não suicidas. Por seu lado, também em França, Broussais falava num “instinto do estar vivo” que deveria estar localizado num determinado órgão (e defeituoso nos suicidas) e Bourdin afirmava que o suicídio era sempre precedido ou seguido de algum problema mental. Porém, Leuret embora admitindo a localização encefálica, preconizava um tratamento moral, não físico e que nem sempre o suicídio correspondia a doença. Nesta posição foi secundado por Lisle.

De uma forma geral, os médicos mais estatisticamente orientados, atinham-se a uma multiplicidade de formas de suicídio, enquanto os “organicistas” perseguiram a possibilidade de encontrar a lesão, como faria mais tarde Claude Bernard (adversário do pensamento estatístico) em relação a outras doenças. (Hacking, 1990a, pp. 70-71)

No entanto, esse novo debate, que para Hacking então começou, ainda hoje se mantém, já que a chamada causalidade multifactorial para o suicídio, como para outras doenças, se

---

<sup>33</sup> Cabe referir que actualmente, desta lista, apenas se consideram as quatro primeiras e a antepenúltima.

<sup>34</sup> Os sucedâneos desses paradigmas, o fisiopatológico e o anátomo-patológico enformam hoje respectivamente a medicina e a cirurgia; um terceiro, o psicopatológico, no decorrer do século XIX, nasceria para a psiquiatria. (Pio de Abreu, 2011, p. 17)

sustenta hoje como apanágio dos indeterministas, enquanto os adversários por uma causa única, que tanto pode ser biológica, como psicológica, como, até social mas que, mesmo no primeiro caso, tenta conferir algum sentido humano à patologia. O pensar meramente estatístico e descritivo surge, assim, desligado desse sentido, porque ao atribuir uma multiplicidade de causas, pesa indiferentemente todas elas (desde os acontecimentos de vida até à meteorologia), podendo até ponderar algumas desconhecidas.

Mas a descoberta de uma lei estatística para o suicídio, assim como outras referentes a variados desvios, trouxe novo respaldo para o determinismo, ao reforçar a mitologia da causalidade. Os estéreis debates anglo-franceses sobre a epidemiologia do suicídio trariam a necessidade de apuramento estatístico. Em 1830, já era patente haver muitas regularidades sobre crime e suicídio, dispostas por categorias temporais e espaciais. O modelo era a publicação anual, *Recherches statistiques sur la ville de Paris et le département de la Seine* que continha além de tabelas de nascimentos, casamentos e óbitos, várias páginas dedicadas aos asilos da região, com registos de admissões e altas, causas (físicas e psíquicas) das doenças e dados epidemiológicos dos pacientes. Existiam ainda tabelas de suicídio com a mesma estrutura das da insanidade, acrescentadas do método usado (os mais comuns eram o afogamento e a intoxicação pelos fornos a carvão). Daqui resultava um contraste com os métodos preferidos dos londrinos (o enforcamento e a arma de fogo). Registava-se uma regularidade dos suicídios, até em termos sazonais, com o Inverno a fornecer os números mais elevados<sup>35</sup>. No volume de 1821, falava-se em motivos do suicídio, no do ano seguinte já em causas<sup>36</sup>, mais de acordo com o pensamento de Esquirol. O que traduzia a convivência da lei estatística com o mundo determinista. (Hacking, 1990a, pp. 71-76)

Not only did people discover statistical laws about suicide, crime, divorce, prostitution and other bad behavior, but also they thought there was an explanation of the nature of statistical law that made it safe for determinism. (Hacking, 1990a, p. 71)

---

<sup>35</sup> Actualmente regista-se mais suicídio no Outono e Primavera, embora se pense que a ideação do mesmo se pode relacionar mais com as variações térmicas e alterações da termorregulação, do que, propriamente com a estação, em si. (Holapainen, Helama, Björkenstam & Partonen, 2013, pp. 494-501)

<sup>36</sup> A causa está mais ligada ao pensamento determinista porque fica associada à inevitabilidade do acontecimento sempre que é produzida, enquanto o motivo representa mais uma associação a que frequentemente se assiste. Quando a frequência se torna muito grande, o motivo pode passar a causa, sem que se entenda necessariamente a razão daquela causalidade. A frequência excessiva torna-se, ela mesma, explicação.

Como veremos nos capítulos seguintes, em Portugal não houve, à época, contagens de suicídios. A própria noção de suicídio como doença entraria paulatinamente nos números da psiquiatria portuguesa, a partir da segunda metade da década de 50 do século XIX, atingindo valores mais robustos até 1875, altura em que desaparece totalmente, por razões que então consideraremos. Mas também aqui, o suicídio viria a entrar por via da monomania.

Em França, após 1826, começaram as publicações sobre crimes, acusações e condenações e nos três anos seguintes, passou a incluir a análise moral do suicídio que, após alguma polémica permaneceu sob a alçada do ministério da justiça depois de 1836, ou seja, era visto como crime, não sem que tal levasse à criação de uma disciplina integrada do direito e da medicina, a Medicina Legal. Por sua vez a estatística deste ministério juntamente com a das Recherches deram a matéria-prima para a Estatística Moral de Guerry, publicada em 1832 e que incluía mapas detalhados acerca da distribuição do crime. Influenciou os estatistas ingleses, como Buckle<sup>37</sup>, na sua *History of Civilization in England*, de 1857, onde enfatizou o papel das leis estatísticas, tendo a obra sido profundamente elogiada por William Farr. (Hacking, 1990a, pp. 76-77) Guerry chamou ao seu trabalho, estatística comparativa, porque permitia contrabalançar o peso de dois ou mais estados. De facto, contrastava com a pobre polémica anglo-francesa sobre suicídio, por parte de Esquirol e Burrows. Com base na correlação estatística – o primeiro a usá-la —, refutou a convicção generalizada que assumia o crime como associado ao baixo nível educacional, mostrando que a ligação entre os dois factores era inversa. Este autor preferia o conceito de análise moral ao de ciência moral, definindo-a como sendo, à maneira das ciências físicas, uma procura da conexão entre fenómenos, de forma a edificar um conhecimento assente em realidades intelectuais, independentemente da sua aplicação prática. Era o final feliz do sonho de Condorcet iniciado com a sua matemática social, que Lisle resumiu como “a rigorosa observação dos factos sendo o ponto de partida e a fundação do conhecimento”. Considerava que os factos morais obedeciam a leis positivas, tal como os físicos. A ironia resulta da posição antiestatística de Comte. (Hacking 1990a, pp. 77-78)

A importância que Hacking confere à questão da justiça resulta de esta ser um terreno privilegiado da aplicação da nova ciência moral. Por que a partir de aqui a fiabilidade dos

---

<sup>37</sup> Nesta obra, Buckle, (1983, p. 35) sustenta que o progresso é regido pela universalidade da ordem o que explicaria a repetição de determinados fenómenos históricos. E, em relação ao suicídio, crê que uma lei geral da sociedade implica que, em consequência, um determinado número de indivíduos a ela pertencente, ponha fim à existência.

júris e, logo, das decisões que iam afectar moralmente os cidadãos, já podia ser matematicamente estimada.

Com a sua obra de 1837, *Recherches sur la probabilité des jugements principalement en matière criminelle*, Poisson, com a sua lei dos números grandes, distinguiu “frequência relativa” de “grau de credibilidade”, um estudo de ciência moral, na linha de Condorcet. O facto de se querer estimar a fiabilidade dos jurados, confere uma probabilidade à probabilidade, ou seja, infere-se uma probabilidade ao acaso. Ao contrário de Laplace, Poisson percebeu que esta era subjectiva, já que o primeiro não a deduzira de quaisquer dados objectivos. Mas Poisson não queria saber a probabilidade de fiabilidade do júri e a probabilidade de culpa do acusado, mas antes a probabilidade de o acusado ser culpado, uma vez que tenha sido considerado como tal. Por outras palavras, queria determinar a probabilidade de uma decisão ser acertada num júri decidindo por maioria simples, contrapondo-se à de um outro que tivesse disposto de uma maioria qualificada. (Hacking, 1990a, p. 100) Se obtivermos a proporção de condenações com maiorias de 7:5, estimando-se a probabilidade de culpa por aquela taxa, alcançamos o termo de fiabilidade do júri, pois podemos comparar com a das condenações por 8:4. Daí que a questão era determinar se as taxas de condenação eram iguais para os mesmos crimes, isto é, se havia constância na fiabilidade dos júris. Poisson concluiu que em 1830, ano de revolução, houve menos condenações que de 1826 a 29, o que podia dever-se a haver mais suspeitos ou à maior tolerância revolucionária dos jurados. A probabilidade de erro (com júris de 7:5) em crimes contra a pessoa foi de 0.1627, pouco mais que o achado por Laplace para júris de 8:4 (1/8). (Hacking, 1990a, p. 101)

A outra parte das investigações de Poisson, refere-se à lei dos grandes números, que partiu da necessidade de se saber a fiabilidade dos júris no seu todo, uma vez que ela podia variar individualmente. Pode-se fazer um paralelo com a diferença entre a probabilidade de tirar uma bola preta de uma urna com pretas e brancas e a probabilidade da mesma extracção numa dada urna, sabendo-se que há várias delas com diferentes proporções de pretas e brancas. Aplicou esta lei tanto nas ciências físicas quanto nas morais. Assim, mostrou a estabilidade de naufrágios, da mortalidade e das condenações judiciais. No entanto, não referiu as taxas de cura de algumas doenças. (Hacking, 1990a, p. 102)

Aquela estabilidade não significa que a causa seja comum. Da mesma forma que há várias razões para naufrágios e várias sensibilidades nos diferentes júris, há uma constância de



absoluções e de condenações. Isto desde que a lei da probabilidade das causas relativas a cada classe de eventos, se mantenha inalterável. (Hacking, 1990a, p. 103) A lei tornou-se uma verdade metafísica, não pela irrefutabilidade da prova matemática, mas por ser absorvida pela sociedade como verdade sintética *a priori*. (Hacking, 1990a, p. 104)

Porém, uma das teses surpreendentes que Hacking sustenta é o facto de não obstante o aumento do controlo da população diminuir supostamente a liberdade desta, a nova conexão entre informação, fiscalização e lei matemática não se ter traduzido em resistências políticas. Surpreendente, porque contradiz o ideário liberal que o século XIX cultivou; ou seja, um maior controlo do Estado<sup>38</sup> e um maior respeito pela liberdade negativa<sup>39</sup> são condições aparentemente contraditórias, que relevavam do combate político. Talvez esse paradoxo se possa entender, se pensarmos que o desmoronar do determinismo acaba por ir ao encontro do pensamento liberal. Porque Hacking afirma justamente que não foi isso que aconteceu, pelo contrário a resistência ocorreu fundamentalmente no plano metafísico, ou seja, o dilema clássico da necessidade e da liberdade foram repensados a partir do fatalismo estatístico, desencadeado com a avalanche de números de 1820 a 1840.

Não deixa, no entanto Hacking, de apontar consequências políticas, radicadas na *malaise* colectiva trazida pelo novo fatalismo. Assim, não estava em causa o poder espiritual da escolha de cada um, mas o controlo do estado sobre as pessoas.

Vejamos como Hacking apresenta estes dilemas metafísicos em três momentos no século XIX. Aparentemente, a resolução da contradição estaria em que a lei estatística, que parecia abolir o livre arbítrio, “se destinava” ao todo da população e não aos indivíduos que a compõem. (Hacking, 1990a, p. 117) De facto, quanto maiores os números da amostra, menos contam os factores individuais para contrariar uma tendência. Este novo determinismo era reforçado por as leis da sociedade serem análogas às leis da física (no século XX o indeterminismo quântico da física proporcionou, ao invés, um novo fôlego ao livre arbítrio<sup>40</sup>).

A questão da liberdade individual perante a lei estatística pode ser comparável à da mesma, em face da frenologia – que partia do princípio, então corrente, de localizar a doença

---

<sup>38</sup> J. Stuart Mill advogava que o controlo sobre a liberdade de alguém, apenas era admissível para protecção de outrem. (Stuart Mill, 1991, p. 45)

<sup>39</sup> Isaiah Berlin desenvolveu este conceito que pressupunha a ausência de obstáculos à realização dos desejos por parte dos cidadãos, na esfera privada. (Berlin, 1969, p. xxxviii)

<sup>40</sup> Popper, ao falar das propensões, viria a propor que as probabilidades dessem uma tendência a um comportamento. (Popper, 1959, p. 3)

em determinados órgãos. Isto é, dadas certas características cranianas, era inevitável que um indivíduo tivesse o correspondente traço psicológico? Curiosamente, diz-nos Hacking, que Broussais, um médico, como afirmou, derrotado pela estatística, tornou-se adepto da frenologia, novo reduto determinista.

Mas Quetelet escrevera que a “sociedade prepara o crime e o culpado executa-o” e que “é como se o livre arbítrio só existisse em teoria”, embora também defendesse que a mudança de práticas administrativas podia levar a uma diminuição da criminalidade. (Hacking, 1990a, p. 116) Contrapunha à tendência fatalista, a possibilidade do aperfeiçoamento do homem. Na sua obra *History of Civilization in England*, de 1837, Buckle, devedor do “Quetelet fatalista”, desembocou num rígido determinismo histórico, em que os factores naturais implicam mais o desenrolar dos acontecimentos, do que as acções dos intervenientes. Venn contrapôs que uma série combina a irregularidade individual com a probabilidade, só assim, esta fazendo sentido. No mesmo sentido, de Morgan, já afirmara que a probabilidade é um sentimento da mente, não uma propriedade inerente às circunstâncias. Trata-se, para ele, de apenas uma forma para investigar as regras de acordo com as quais, o volume da nossa crença numa proposição, varia com o volume da nossa crença em outra. Porém, tal não se constituiria como uma mera opinião pessoal subjectiva, mas como uma relação lógica entre a evidência e o grau de crença.

Temos assim que para Hacking, o utilitarismo recuperou a seu favor o fatalismo estatístico, mas considera que também os kantianos, como Wundt, se opuseram a Quetelet, por sustentarem que a estatística não podia produzir leis por não estar ligada a causas reais, como estão as leis da natureza. No Ocidente, os positivistas, pelo contrário, sustentavam que a crença em causas, para além das regularidades era um resquício da era metafísica. Ainda na Prússia, Engel, um socialista não ortodoxo, a propósito dos suicídios, disse que os números deste, não constituíam uma lei, por não se lhes poder apor uma causa, divergindo do determinismo de Quetelet. Os *kathederunsozialisten*<sup>41</sup>, nos quais se inseria, defendiam a precedência do estado sobre o indivíduo, mas com o pressuposto de o primeiro moldar o segundo, para o melhorar. A. Wagner defendia, contudo, que não podendo a homogeneidade estatística derivar de cálculos matemáticos, ela só se pode aplicar no todo, se um conjunto de

---

<sup>41</sup> Este movimento, que pode ser traduzido por “socialistas de cátedra”, não seria socialista no sentido marxista do termo, antes pretendia regular as condições de vida, dentro da ordem estabelecida. (Shionoya, 2005, p. 1)

leis deterministas se aplicar aos indivíduos, com isto pondo também em causa o livre arbítrio. Elaborou tabelas de suicídio em que este era conjugado com inúmeros factores, tentando, com isso, diminuí-lo. Por seu turno, Guetty, um positivista, defendia que a análise moral fornecia os dados sobre os quais devia actuar o legislador, recuperando a antiga *décalage* entre valor e facto.

A tentativa de mudança da lei estatística pela alteração de comportamentos está na essência da governação americana liberal. Neste aspecto, é inegável o progresso que os utilitaristas conseguiram, nomeadamente na saúde pública e consequentemente, no aumento da esperança de vida, embora, amiúde, por via da moralidade (visto a melhoria das condições de vida também estar ligada ao aumento da privacidade). Esta combinação sugere que, por este método, os ricos passaram a regular as condições de vida dos mais pobres, mas para Hacking, o fim pode ter sido o de manter a ordem estabelecida. (Hacking, 1990a, p. 120)

Grande parte da tendência desenvolvida pela medicina no século XX, nomeadamente a prevenção, assenta no princípio de melhorar a saúde e não apenas combater a doença, mas frequentemente não deixa ainda de estar ligada à moralidade. Aparentemente a posição utilitarista reformulou o fatalismo estatístico, não sem que este não se tentasse ancorar noutras doutrinas. No campo da psiquiatria, Hacking aponta a frenologia como um desses redutos, mas também como adiante veremos, poderemos igualmente aqui incluir as tentativas de localização anatómica da doença psiquiátrica.

### *Diferentes concepções da sociedade levam a um novo conceito de Normal*

Segundo Hacking, no século XIX, houve duas concepções dominantes na sociedade — astronómica e mineralógica —, como resultado da revolução estatística.

A primeira teria nascido a partir de Boutroux que, em 1874, publicou a sua dissertação sobre a contingência das leis da natureza, falando a propósito, da emergência e da hierarquia de estruturas. Assim, as leis atómicas não seriam aplicáveis às moleculares, nem estas às celulares, nem, por sua vez, estas às psicológicas nem, finalmente, estas às sociais. Daí a impossibilidade de conectar as formas superiores às inferiores por um elo de necessidade. Durkheim, aluno de Boutroux, ficou famoso pelo seu livro *Le Suicide* que foi o culminar da fascinação francesa com as estatísticas do acto. No entanto, para Hacking, o factor mais importante foi o facto de a regularidade suicida, não ter sido encarada por Durkheim como resultado de muitas pequenas causas independentes, mas antes de forças colectivas. Aqui

surge a influência de Boutroux, já que estas forças ultrapassam a soma de causas individuais psicológicas. Esta teoria da emergência foi, então para o autor canadiano, uma forma de evitar a confrontação entre as leis da sociedade e os fundamentos deterministas do mundo físico. Durkheim afirmou a independência dos fenómenos sociais sobre os psíquicos, por sua vez já independentes dos físicos. Deu, assim, uma solução para o problema do livre arbítrio, dado existir algo exterior a actuar sobre um indivíduo, mas não o impedindo de ser diferente de outro e até de resistir àquela. Como afirmou Durkheim, a força externa não escolhe as vítimas. As forças colectivas de Durkheim não eram indeterministas nem eram do domínio do acaso, antes produziam fenómenos estáveis, mediados por leis que, no entanto, ele não considerava estatísticas, numa concepção da sociedade que Hacking denomina de astronómica (Knapp já caracterizara a concepção de Quetelet como “astronómica”, no sentido em que pretendeu que as leis estatísticas actuassem sobre as pessoas como a gravidade actua sobre os corpos). (Hacking, 1990a, p. 131)

True Queteletismus was the use of statistical regularities as a guide to the state of a culture. It was not the case that individual people were constrained in their freedom by belonging to a culture. For they had no essence, they had no atomic individualistic self to be constrained, until they were human beings within a culture. (Hacking 1990a, pp. 131-132 )

Para a outra concepção de sociedade, Hacking começa por convocar Balzac e o seu romance *Physiologie du mariage*. Aqui Balzac retracta, os vários tipos da burguesia francesa, de acordo com a região, estatuto social, riqueza, ocupação, numa combinação de sátira, observação e conto, que considerava representativos da sociedade<sup>42</sup>.

Hacking traça um paralelismo com as ideias de Frédéric Le Play, engenheiro de minas, que também classificou os vários tipos de pessoas, segundo a sua situação conjugal, família, a residência, o trabalho e o orçamento familiar, mas aqui no sentido de avaliar as classes trabalhadoras francesas e sob a forma de estudos quantitativos, não estatísticos. Descreveu assim várias unidades familiares, considerando-as como paradigmas de determinada envolvente social. Herdeiro de Comte, em relação à ideia de que as ciências naturais deviam estar depuradas da metafísica e da teologia, não aceitava, todavia, que a moral fosse substituída por uma ciência moral. Condenava o sistema de herança francês em que a

---

<sup>42</sup> Segundo Hacking, que se baseou em dicionários históricos da língua francesa, foi Balzac que começou a utilizar a palavra normal com o sentido de “típico” (v. nota 56).

propriedade era dividida pelos filhos homens por levar à instabilidade familiar e, logo à degeneração e admirava a *famille-souche* alemã em que os bens passavam para o filho varão mais velho, enquanto os outros, amparados por alguns meios pecuniários, partiam para o mundo tentando refazer fortuna. Descreveu, através da Europa, várias famílias com estes padrões, elegendo a Inglaterra e a Alemanha como modelos. Para a fundação de uma sociedade seguidora da sua metodologia, teve o apoio de Napoleão III.

As famílias eram “eleitas” depois de Le Play passar algum tempo na comunidade e escolher a mais representativa, num processo que Hacking considera de cientificidade duvidosa, embora com consequências científicas importantes: por um lado, pode ter influenciado Weber na sua teoria do tipo ideal (*Idealtyp*) e por outro por ter chegado até hoje, sob a forma do conceito e índice de custo de vida.

Com efeito, Hacking recorda-nos que o 2º Império já tinha utilizado politicamente a ideia de orçamento familiar. Esta ideia, denominada por Hacking uma “concepção mineralógica da sociedade” (dado compreender a “extracção” de uma amostra que se considera representativa do todo e, ao mesmo tempo, aludir-se à profissão do seu criador), acabaria também por ser aproveitada por Engel<sup>43</sup>. Considerou-a, assim, um instrumento fundamental para a economia, por poder ser usado como índice de prosperidade de uma nação e propôs que o custo dos nutrientes fosse visto como um *standard* da vida de uma população. Das suas investigações extraiu uma lei segundo a qual, quanto menor é o rendimento de uma família, maior tem de ser a percentagem deste, consagrada à alimentação. De facto tal conclusão resulta de uma definição tautológica (as outras despesas diminuem percentualmente), não da indução a partir de uma regularidade, consequência do seu cepticismo estatístico.

It was numerical but like Balzac’s masterpiece, antistatistical. It did not study Quetelet’s averages but used representative individuals to display the chief features of their type, as a rock or plant might serve the natural historian as a paradigm. (Hacking, 1990a, p. 135)

Em suma, para Hacking, estas duas concepções, astronómica e mineralógica são importantes porque conduziram aos diversos tipos de teorização na ciência do fim do século XIX e século XX, nomeadamente na Medicina. Como veremos, ao analisarmos a literatura psiquiátrica portuguesa dos finais de oitocentos, por exemplo, a de Miguel Bombarda,

---

<sup>43</sup> Para Hacking, Engel estaria sobretudo interessado em traçar as frequências relativas de desvios sociais, ao invés de saber os números ilustradores de condições estáveis. (Hacking, 1990a, p. 140)

prevalece a metodologia de “provar” uma teoria, através da ilustração de alguns casos clínicos que os autores consideravam representativos do todo. Contudo, hoje, o caso clínico tende a servir sobretudo para exemplificar, sofrendo mesmo alguma desvalorização em termos de investigação científica. Mantém-se principalmente nos fora médicos como forma de chamar a atenção para uma forma rara, quer ao nível do diagnóstico ou da terapêutica (não se dispensando, geralmente, os autores de alertar para a necessidade futura de estudos com maiores amostras).

A concepção astronómica, na medicina, em particular na psiquiatria, encontra eco no chamado modelo biopsicossocial. Neste é desvalorizada a noção de causa única para uma doença, privilegiando-se, antes a actuação de forças conjuntas, sem que haja necessariamente a preocupação de medir cada uma delas. Um exemplo é o conceito de limiar de vulnerabilidade para a esquizofrenia, em que é pressuposto que sempre que um indivíduo sofre a influência de vários factores (genéticos e ambientais, que por sua vez podem interagir e ser ainda decompostos, sobretudo os últimos), pode desencadear-se a doença. (Schlier, Schmick, & Lincoln, 2014, pp. 753–759) Vantagens, em termos de estigma, podem ser a desculpabilização da doença por via da atribuição causal à biologia e o aumento do optimismo terapêutico, devido à popularidade das intervenções psicossociais. Estas também estão com frequência ligadas à prevenção que, como vimos, também releva desta concepção.

Mas o nascimento do pensamento estatístico, independentemente da diferente concepção produzida na sociedade, haveria de contaminar o conceito de normalidade. Assim, o maioritário foi-se tornando normal, aceitável porque é de todos. Neste sentido, pode-se querer pertencer à maioria “para ser normal”. Inversamente, pode tentar pertencer à minoria “para ser diferente”. Por outras palavras, perdeu-se, para Hacking, a distinção entre valor e facto, como sustentava Aristóteles, a propósito do seu conceito de normalidade, que compreendia o normal como sendo o certo<sup>44</sup>. (Hacking, 1990a, pp. 160-162) Ao contrário, a erosão do determinismo trazida pelo Iluminismo, deixou de lado a discussão sobre a natureza humana, promovendo antes o conceito de “pessoa normal”, que pode ser “conseguida” se tiver os seus gostos reeducados. A existência destes dois conceitos de normalidade, pré e pós-iluminismo e a transição entre ambos, operado pelo novo pensamento estatístico é uma tese fundamental no pensamento de Ian Hacking.

---

<sup>44</sup> Para Aristóteles, o valor de uma acção estava dependente da individualidade de cada caso. Por exemplo, para um músico excepcional, o esperado seria que ele tocasse excepcionalmente, ou seja, uma acção deveria estar conforme à qualidade do indivíduo. (Aristóteles, 1934, p. 1098)

A medicina clássica, focada no diagnóstico das doenças acompanhou o movimento. Com o desenvolvimento progressivo da farmacologia, no século XX, a tendência acentuou-se, por vezes, “aliada” à prevenção, que por si já tende a promover a “vida saudável”. Tome-se o exemplo da descida progressiva do nível “normal” de colesterol, que implicou que mais pessoas “necessitassem” de determinados fármacos para impedir os acidentes cardiovasculares, com o natural espoletar de teorias da conspiração apontadas aos grandes laboratórios farmacêuticos<sup>45</sup>. O estabelecimento, de forma arbitrária, de um nível ótimo de colesterol, pode assim configurar uma “média ideal” sem que, na essência, se tenha determinado a sua utilidade para a prevenção. O mesmo sucedeu na psiquiatria, por exemplo, com o surgimento do diagnóstico de perturbação do défice de atenção e hiperactividade no adulto, quando apareceram fármacos para essa patologia, até então, apenas da infância<sup>46</sup>. Daí que as pessoas (não só os leigos) se possam interrogar: será que o nível de colesterol é assim tão alto que seja necessário o comprimido? Será que sou assim tão desatento que precise desta medicação?<sup>47</sup> O que significa que o significado anterior de “normal”, ligado à essência, ainda permanece no imaginário colectivo.

Hacking tenta então resgatar o sentido original da palavra “normal”, referindo que, na geometria da Antiga Grécia, o ângulo normal como sinónimo de ortogonal, significava um ângulo perfeito. Mesmo no início da era moderna, “normal” surgia como modelo, o que ainda subsistiu (Liceu Normal, normas éticas ou ortodoxia). Porém, também pode ser aquilo que se adapta à circunstância, como o camaleão ou a média de uma distribuição Normal. (Hacking, 1990a, p. 163)

Todavia, e recorre novamente a Aristóteles, a média nem sempre é virtude, já que os extremos (pelo menos um deles) podem ser mais positivos, como no caso da inteligência. No entanto, é uma ideia antiga que a saúde se preserva no equilíbrio, na média, entre calor e frio, por exemplo. O que trouxe a medicina do século XIX, foi a aplicação desta noção ao funcionamento individual dos órgãos, em vez de ao todo da pessoa, com o que o normal

---

<sup>45</sup> Segundo metanálises não está seguramente estabelecido o nível mínimo aceitável de colesterol, a ter em conta para a prevenção de acidentes cardiovasculares. (Zanchetti et al., 2014, pp. 1741-1750)

<sup>46</sup> Se bem que a perturbação de défice de atenção e hiperactividade seja conhecida nas crianças desde o século XVIII, a sua existência nos adultos, que começou a ser reportada há cerca de 15 anos, tem sido questionada. (Lange, K. W., Reichl, Lange, K. M., Tucha, L. & Tucha, O., 2010, pp. 241-255)

<sup>47</sup> Alguns estudos parecem indicar que a perturbação do défice de atenção e hiperactividade no adulto tem uma larga sobreposição com a doença bipolar. (Krishnan, 2005, pp.1-8) O que, a ser verdade, implica que a maioria desses doentes não deveriam fazer o novo fármaco para aquela patologia, mas sim permanecer com a terapêutica para a doença bipolar.

passou a ser definido como a ausência do patológico<sup>48</sup>, situação que Broussais inverteu, passando a definir o patológico como desvios – ou variações — do normal<sup>49</sup>, (Hacking, 1990a, p. 164) sendo que, ainda hoje, a polémica é tema de discussão na medicina e na psiquiatria<sup>50</sup>.

Da medicina, Comte que tivera uma depressão reactiva, isto é, uma depressão “compreensível” no sentido *jasperiano*<sup>51</sup>, (portanto, que qualquer um, mesmo “normal”, poderia ter), tratada por Esquirol, transpôs para a sociedade, a ideia de que “o progresso é um desenvolvimento da ordem”. O normal passou a ser um modelo para a perfeição e, assim, deixou de ser apenas facto, para ser também ideal a atingir, enquanto para Durkheim, como conservador, era algo que se tinha perdido. (Hacking, 1990a, p. 169)

“Galton” stands for improving averages, by whatever standards of value can be taken for granted. When it is a matter of living beings, that transplate into eugenics. There we first focus on the Quetelian mean and then surpass it. “Durkheim” harks back to Aristotelian mean, for it is the ideal state of good health. (Hacking, 1990a, p. 169)

O próprio Francis Galton afirmou que alguns extremos são soberbos (e a normalidade medíocre, acrescentou)<sup>52</sup>. Não considerou que as leis estatísticas não fossem irredutíveis a princípios deterministas subjacentes, porque tal significaria que o universo não teria outras

---

<sup>48</sup> Esta fase para Pio de Abreu significou a ascensão da cirurgia, então nascente. (Pio de Abreu, 2011, p. 28)

<sup>49</sup> Cabe aqui esclarecer que, em medicina, o anormal não é necessariamente patológico. Por exemplo, numa situação de *stress* pode surgir um processo adaptativo – anormal, dado que apenas surge em situações limite – que depois tem uma resolução natural (imagine-se um enfartamento após uma lauta refeição). A patologia ocorre quando este processo se autonomiza em relação à causa ou surge espontaneamente. Por outras palavras, enquanto o anormal representa um mero desvio, potencialmente reversível, do padrão normal, o patológico já implica uma perda de homeostasia ou de equilíbrio biopsicossocial. (Miranda Filho, 2015) Ou seja, o patológico não difere do normal, apenas por um desvio matemático, é também, intrínseca e qualitativamente distinto.

<sup>50</sup> Ao contrário da medicina interna, a cirurgia pressupõe o patológico como um “corpo estranho” (daí a necessidade de o extirpar), sendo a sua ciência básica a anatomia patológica, enquanto a primeira assenta na fisiopatologia. (Pio de Abreu, 2011, p. 17) Na psiquiatria do século XIX, a doença era também enfocada desta forma, pelo menos no que concerne às grandes patologias (não por acaso a cirurgia e a psiquiatria desenvolveram-se paralelamente, mas *a latere* do conhecimento médico; contudo, para a psicanálise, que sempre procurou mais a patologia *soft*, a doença mental é vista com estando num *continuum* com o normal, (Gordon, 2010, p. 1312) estando neste particular, mais próxima da medicina interna.

<sup>51</sup> K. Jaspers dividiu as doenças mentais em compreensivas – quando se poderia estabelecer um nexo de causalidade psicológica entre um acontecimento e os sintomas do paciente, como numa depressão após uma perda (Jaspers, 1987a, p. 439) — e explicativas — quando se teria de apelar a outras ciências, por exemplo a neurofisiologia ou bioquímica, como no caso de entender a privação de álcool como causa de *delirium tremens*. (Jaspers, 1987b, p. 564)

<sup>52</sup> Significativamente, Galton afirmou que a classe mais produtiva — também no sentido reprodutor — de uma nação tinha de estar acima da mediocridade e, assim melhorar a qualidade da raça, (Galton, 1892, p. xxii) pelo que considerava, de facto, que apenas aquela minoria era anormal.



leis que formatassem o comportamento estatístico (de facto, assim passaria a ser entendida a mecânica quântica). A questão da irreducibilidade traz consigo a do determinismo metafísico. Todavia, as leis estatísticas podem igualmente ser encaradas em termos da sua autonomia, o que sucede quando podem ser usadas para além da predição, mas também em termos de explicação. Até aqui, o foco tem sido a explicação de eventos individuais. O facto de ser provável explica a sua ocorrência num dado momento?

Galton instintivamente acreditava que em termos de hereditariedade o excelente gera o excelente e o medíocre, o medíocre. Contudo, a sua observação genealógica de famílias extraordinárias não replicava esta teoria. Além disto, a reversão para a mediocridade, afectava os excelentes em qualquer domínio, quer se tratasse de actividades físicas quer intelectuais. Subscrevendo as ideias de Quetelet, sobre a distribuição Normal dos traços humanos, Galton estava, no entanto, mais interessado em desvios e distribuições que em médias<sup>53</sup>, precisamente devido ao seu espanto com as falhas da hereditariedade, concluindo que, apesar das "trocas" de excepcionais e medíocres entre famílias nas pontas da curva, esta era constante. O fenómeno só podia ser explicado pela existência de muitas pequenas causas independentes. Mas aqui, a nova normalidade, edificada nas ruínas do determinismo, já era vista em termos de uma média independente da natureza humana, porque era objectivada matematicamente e isentada de atributos qualitativos. O facto tomara o lugar do valor e assumiu-se, indiferentemente, como “o típico”<sup>54</sup>: that is why the benign and sterile-sounding word “normal” has become one of the most powerful ideological tools of the twentieth century. (Hacking, 1990, p. 169)

Porém, segundo Hacking, a anormalidade do suicídio, passou a estar ligada, com Durkheim, à (in)felicidade, por via da fecundidade. Porque se esta aumentasse, diminuía a infelicidade (com mais casamentos e descendentes, a família fortalece-se) e logo o suicídio. Esta ligação da felicidade à patologia trouxe a inter-relação das normalidades ética e

---

<sup>53</sup> Galton admirava ingenuamente a medição em tudo o que ela fosse possível. Chegou a medir a eficácia da oração religiosa, (Galton, 1872, pp. 125-135) estudos que aliás ainda são efectuados. Acreditava que com suficiente labor todos os fenómenos podiam ser medidos, para além de exprimir uma inquebrantável fé no para a transmissão da inteligência e de outros atributos. Em resposta a um argumento de Darwin, que defendia que os homens, à parte situações extremas, não diferiam muito em inteligência mas sim em dedicação ao trabalho, respondeu que esta também se herda. (Gould, 1981, pp. 107-109)

<sup>54</sup> Significativamente, ainda subsiste, hoje, a diferença entre “característico” e “típico”. Enquanto o primeiro está associado ao maioritário, o segundo remete para o exclusivo. Assim, por exemplo, a dor torácica com irradiação ao pescoço é característica de enfarte ou de outras patologias cardíacas, já que ocorre na maioria destas; no entanto, a irradiação da dor ao membro superior esquerdo é típica de enfarte porque tende a só ocorrer neste quadro, excluindo, por isso, os outros (ainda que a maioria dos doentes com enfarte não apresente irradiação ao membro superior esquerdo) (Dalen, 1983, p. 1488; Braunwald & Alpert, 1983, p. 1435).

fisiológica, pois ambas estavam dependentes de se constituírem como maioritárias. O que é normal é a média, seja na medicina ou na moral, sendo que a anormalidade tem forçosamente de se manifestar (ainda que não detectada empiricamente, sabemos, conceptualmente, que ela está presente). Mas é o anormal, visto, pois, como inevitável, que fornece, pelo seu desvio estatístico, a norma para a conduta de uma sociedade (nesta perspectiva, o crime e o suicídio contribuem para o fortalecimento da sociedade). É o aumento das suas frequências (acima do estatisticamente esperado) que pode indicar um “mal” na sociedade. (Hacking, 1990a, p. 171)

À categorização, artificial ou natural (isto é se as categorias científicas são um mero constructo dos cientistas ou se existem como tal na natureza) tem sido, no primeiro caso, chamada “nominalismo” (realismo, no segundo). Mas enquanto o nominalismo tradicional conjectura que a categorização está apenas na mente do observador e que a natureza é dela independente, (Hacking, 2002, p. 48) o nominalismo dinâmico – que o próprio admite ser intrigante, mas ao mesmo tempo mais estimulante, ao permitir lidar com as nossas esferas de possibilidade – pressupõe que os dois processos (a mudança real e a nova categorização) são simultâneos. Na medicina, isso permitiria actuar de acordo com as novas categorias, embora conceda que há duas possibilidades: uma etiquetagem “por cima”, em que a realidade é criada pelos especialistas (pode ter sido o caso da personalidade múltipla que se “esfumou” após as primeiras descrições) (Hacking, 1990b, p. 57) e outra, “de base” (como o caso da homossexualidade, que permaneceu, independentemente dos conceitos da categorização terem mudado<sup>55</sup>) (Hacking, 1990b, p. 28). Porém, estranhamente, em 1970, após quase um século de esquecimento, os casos “reapareceram”, na sequência de novas descrições psiquiátricas, “conseguindo” até alguns psicoterapeutas “fazer emergir” novas personalidades nos pacientes. Postulando, por exemplo, um passado de abuso sexual nas suas infâncias, fazem até alguns deles “reavivarem” as suas memórias nesse sentido<sup>56</sup>. Mas, certamente que a existência do autismo de alto rendimento, não é posta em causa. No entanto, é inquestionável que, hoje, um paciente com essa condição, está mais bem adaptado do que há

---

<sup>55</sup> Actualmente, na psiquiatria, a questão tem-se tornado premente com o aumento recente do número de casos – ou de diagnósticos? – de doença bipolar. Teoriza-se, precisamente, que terá sido o aumento de casos (por razões ambientais, como o consumo de antidepressivos, de drogas ilícitas e a alteração generalizada dos ritmos circadianos) que terá trazido o aumento do número de casos, para o qual também concorreu o “encaixe” de patologias antigamente classificadas de outra forma. (Koukopoulos & Ghaemi, 2009, pp. 125-34)

<sup>56</sup> A volatilidade da “existência” da personalidade múltipla está certamente ligada ao facto de a sua mimetização por parte de alguns doentes (e grande parte, ou mesmo a totalidade dos “casos” será provavelmente dessa ordem), corresponder a um fenómeno histórico e, portanto de sugestibilidade, já que a sua maioria, tem traços de personalidade dessa linha; por outro lado, o mesmo acontecerá com muitos psicoterapeutas, embora a possibilidade de querer “fazer render” a patologia também tenha de ser levada em conta.

50 anos, por se ter considerado, entretanto, que o quadro também traz vantagens. O que permitiu que mais indivíduos entrassem para essa categoria.

A questão também se prende com o facto de as classificações se fundarem na lógica (no primeiro caso) ou na natureza (no segundo caso). (Hacking, 2005, p. 123) Neste sentido, a época de Francis Bacon pode ter representado a “morte da natureza”, ao se arrumar artificialmente entidades naturais, aniquilando a ideia renascentista da natureza enquanto tal. (Hacking 2005, pp. 508-509) Tomemos o exemplo, fornecido por Hacking, de planetas, cavalos, luvas e personalidade múltipla. Os dois primeiros não foram criados por nós, apenas lhes fornecemos os nomes, não podiam, por isso, obedecer às nossas mentes. A terceira nasceu por nossa manufacturação, o que faz com que se ajuste melhor à sua categoria de objecto. O mesmo se passou com o último exemplo. Essas pessoas e a sua conceptualização, como tal, nasceram juntas<sup>57</sup>. Regressando ao caso do suicídio, pode-se pensar, então, que os relatos de casos terão criado um novo *ethos* suicidário<sup>58</sup>, num processo que o autor denominou de *making up people*, já que transforma o conjunto de possibilidades do indivíduo por alterar o seu espaço de existência. Este processo é já ligado ao controlo (vemos até que num *setting* fora da nossa cultura, como no mundo islâmico radical, a questão do suicídio ocorrendo como instrumento de atentado, já não é entendível, por não termos balizado esses parâmetros). Se aplicarmos uma vacina sobre um microorganismo, ou seja se actuarmos de acordo com a nossa descrição do mesmo, limitamos-lhe as possibilidades. Donde se pode dizer que os actos intencionais são-no, sob uma descrição. Assim, novos modos de descrição trazem novas possibilidades de acção. (Hacking, 2002, pp. 164-165) Por outro lado, o classificado não é necessariamente imune à utilização sobre a sua própria categorização. Nesta perspectiva, as características dos escravos, fundamentais para os seus proprietários, também passaram por eles a ser vivenciadas como reais, tendo até sofrido, pelas suas mãos, um *upgrade*. O mesmo ocorreu com o movimento *gay*. Assim, as categorias passam a ser alvos móveis, no sentido em que a nossa investigação sobre elas acaba por interagir com elas

---

<sup>57</sup> Tal debate ocorre igualmente na psiquiatria, onde se discutiu se as classificações deveriam ser baseadas em causas (pressupostas) das doenças ou nos sintomas das mesmas. (Craddock & Owen, 2010, pp. 92-95; Hacking, 1995, p. 12)

<sup>58</sup> Ainda hoje, nos países de imprensa livre, há uma autocensura dos jornalistas, não determinada deontologicamente, em termos do relato de casos de suicídio, enquanto tal é, em geral, superiormente proibido nos países totalitários, estando em qualquer caso, presente o pretexto de não causar “contágio”.

mesmo, num efeito de feedback, que renovou o processo de criação de novas classes de pessoas, que previamente não existiam<sup>59</sup>. (Hacking, 2007, p. 293)

Em relação à psiquiatria, pelo menos no que diz respeito às grandes patologias, como por exemplo, à esquizofrenia ou ao núcleo duro da doença bipolar, não se põe a questão de eventuais moldagens sociais para arrumar pessoas nessas categorias (a menos que de forma intencional, com outros fins). De ambas já constam descrições compatíveis com esses diagnósticos desde longa data, tendo a segunda sido mesmo identificada, como tal, na Antiga Grécia, em que já era estabelecida uma conexão entre depressão e euforia<sup>60</sup>. (Wallace & Gach, 2008, p. 200) O que está em linha com os modernos achados de que as grandes patologias psiquiátricas têm uma base genética (Doherty & Owen, 2014, p. 29) são comuns a todas as civilizações (com prevalências equivalentes), podendo mesmo algumas ser identificadas noutros mamíferos, como a perturbação obsessivo-compulsiva em cães e gatos que, aliás, requer o mesmo tratamento farmacológico. (Overall & Dunham, 2002, pp. 1445-1452) Por outras palavras, poderão ser não apenas genéticas, como também filogenéticas<sup>61</sup>. Ainda permanecendo neste campo, cabe dizer efectivamente que os dados invariantes biológicos que possuímos em psiquiatria, dizem respeito quase exclusivamente a genes, por ora, todavia, em número escasso e em relação a patologias de maior gravidade. Entende-se aqui por “invariantes” as características objectivas que permanecem estáveis em relação a uma dada categoria. (Berrios, 2008, pp. 113-127)

Diferente é a percepção que se tem acerca de doenças que sem dúvida são transmitidas também geneticamente, mas que diferem conforme a época e a cultura. Por exemplo, nas doenças do comportamento alimentar, também já conhecidas desde a antiguidade, é patente a sua variação com a geografia e a história, (Vedul-Kjelsås & Götestam, 2004, pp. 2369-2371) podendo, já aqui, assistir-se àquela moldagem. É possível existir uma predisposição genética

---

<sup>59</sup> Tome-se o caso das bactérias, cuja classificação implicou a produção de antibióticos que por sua vez alteraram as descendentes das primeiras. (Drabek, 2009, pp. 60-80)

<sup>60</sup> A actual tendência de considerar que todas as depressões são bipolares não é nova. Pelo contrário os psiquiatras desde meados do século XIX já tinham a noção de que existem, fundamentalmente, nas doenças afectivas, oscilações do humor. (Falret, 1822, p. 468) A “depressão”, como doença, pode ser considerada uma criação do século XX, também por via de outras doutrinas, como a psicanálise ou a análise existencial. O que provavelmente se prende com o facto de a mania e ainda mais os estados mistos (também componentes da doença bipolar), serem dificilmente “psicologizáveis”. Aqui também se assistiu, provavelmente, a um fenómeno de *making up people* em que muitas pessoas foram trazidas para a “depressão”.

<sup>61</sup> Obviamente que é possível serem as doenças psiquiátricas, em termos biológicos, comuns a mais que uma espécie e, no entanto, serem diferentes no que respeita às suas vivências (palavra que dificilmente se pode empregar em relação aos outros animais). Autores como Crow, defendem que, no entanto, a esquizofrenia deverá ser exclusiva da espécie humana e que teria até sido o “preço a pagar” por esta, devido à maior especialização do seu cérebro. (Crow, 1997, pp. 127-141)

que actue em concomitância com alguns estímulos ambientais, entre os quais pode estar presente algum conformismo social. Formas mais *soft* de doença bipolar, poderão eventualmente também cair nesta categoria (v. nota 60), o que por si não infirma que esses doentes sejam, de forma inquestionável — pelo actual estado da arte — bipolares. No entanto, podem ter sido também facilitadores os factos de a doença bipolar ter tratamento mais eficaz, ser socialmente mais aceite e, nalguns círculos, ser até considerada “elegante”<sup>62</sup>, visto estar ligada, amiúde, ao sucesso e à progressão social e económica. Nestes três itens, a desvantagem das perturbações da personalidade, a quem aquelas roubaram terreno, é total.

Mais particular ainda será o caso de patologias de existência duvidosa, como o caso acima referido da personalidade múltipla, em que o fenómeno do *making up people* explicará, provavelmente, a totalidade dos casos. Este fenómeno tem certamente também um caminho indulgente na psiquiatria que não sucede no resto da medicina: o facto de na psiquiatria não existir uma forma de diagnóstico objectivo, estando a categorização sempre dependente da avaliação subjectiva do observador.

Ancorada, no século XIX, nas ciências naturais e sociais, a psiquiatria necessita agora que os seus objectos sejam estudados para que se entenda o modo como eles se inscrevem no cérebro, trazendo assim uma nova epistemologia para a disciplina e redimensionando a sua linguagem. (Marková & Berrios, 2012, pp. 220-227)

### *Em resumo*

Ian Hacking utiliza neste estudo a análise filosófica sobre a história para explanar a sua teoria sobre a aplicação da ideia de probabilidade às ciências humanas e sociais durante o século XIX, aceitando a visão de Hilary Putnam, para ultrapassar o problema da incomensurabilidade. Assim, referiu que, sendo radicada na ideia de signos do Renascimento, a ideia de probabilidade desenvolveu-se a par de incremento da estatística nas sociedades europeias, sobretudo França, Inglaterra e Alemanha, a partir dos jogos de sorte e azar e da necessidade de controlar populações, a partir de então, numa perspectiva securitária.

Esta mudança de estilo de raciocínio, ao destronar intelectualmente o determinismo, trouxe a incorporação do acaso no pensamento científico, tanto no que respeita às ciências naturais como às ciências humanas e sociais. Todavia, mantêm estas, um efeito de *feedback*

---

<sup>62</sup> Algumas figuras públicas têm, recentemente, “dado a cara” como bipolares.

(que lhes é inerente), permitindo a sua auto-regulação e, com isso, proporcionando aos indivíduos a possibilidade de se conformarem ao normal maioritário (ou ao anormal minoritário, com os ganhos, a prazo, daí resultantes), processo que denominou de *making-up people*. Curiosamente, algum pensamento religioso também tentou interiorizar esta ordem de pensamento, propondo que a ideia de “compensações” podia ser divina.

Porém, esta matematização das ciências, a que T. S. Kuhn chamou segunda revolução científica (opinião contestada por outros autores que reclamam já ter ela começado no renascimento), trouxe, pela mão da estatística, um esbatimento das fronteiras entre o normal e o anormal, devido à inclusão dos casos individuais, que a curva de Gauss figurou. Mas, se na Prússia, o esforço estatístico foi orientado primordialmente para a burocracia do Estado, foi em França que ele passou a ter mais directa aplicação nas ciências, embora no caso das humanas e sociais, se confundisse também com o controlo estatal. Neste particular, foi determinante o trabalho de Quetelet, ao assumir padrões humanos e a sua dispersão a partir de uma média estabelecida pelo cálculo. Este, porém, nada apontava qualitativamente, ao contrário do operado nas das ciências naturais, onde a média efectivamente se pode discernir a partir de uma propriedade inata. Paradoxalmente, o determinismo estava de volta.

O caso da Psiquiatria é emblemático pois está na interface das várias ciências (naturais, humanas e sociais) e da justiça. Na sequência do enumerar das doenças, nascimentos, óbitos, bem como das causas destes, surgiu a contagem dos suicídios, visto estar, a partir da primeira metade do século XVIII, submetido à lei estatística e como doença, incorporado nos tratados psiquiátricos coevos, pela mão de Esquirol. Mas permaneceu, tal como os crimes, sob a alçada do mistério da justiça. Na justiça, o trabalho efectuado por Poisson, acerca do acerto das decisões dos jurados, trouxe a ideia da probabilidade da probabilidade, mostrando que há uma constância das suas decisões, da mesma forma que ela também ocorre noutros eventos naturais. A lei estatística tornava-se uma verdade apriorística.

Seria Galton a pôr em causa que o anormal fosse sempre negativo, reforçando que podia até ser superior ao normal. Mais, que de geração para geração podia haver trocas de posições, com os da linhagem a passarem a ser os defeituosos e vice-versa, mas mantendo intacto o desenho da curva. Introduziu o conceito de correlações, que passou a considerar, na prática, como causas (ainda que destituídas do princípio epistemológico de causalidade). Punha-se no entanto, a questão do livre arbítrio, isto é, se alguém tolhido por inúmeros factores de causalidade, podia ter um espaço de agência (independentemente do facto de o Poder ter

capacidade de actuar sobre eles e, assim, modificar os eventos). Foram os neo-kantianos a pressupor que as leis estatísticas não eram leis da natureza e como tal, a deixarem um espaço para a decisão humana. Foi aqui que surgiu o conceito de emergência, pela mão de Boutroux, propondo que o funcionamento de uma estrutura não pudesse ser explicado pelo das inferiores, devido à aquisição de novas propriedades por aquela. Esta conceptualização permitiu a Durkheim a pressuposição de que forças colectivas (mais vastas que a mera soma das forças individuais) podiam moldar a vontade de cada um, com o que definiu uma perspectiva sociológica do suicídio.

A categorização do normal e do anormal, trouxe consigo a questão do nominalismo e do realismo, em relação ao que Hacking introduz o conceito de nominalismo dinâmico, que pretende conceptualizar uma interacção entre as categorias definidas na mente dos cientistas e as categorias da natureza, embora seja mais premente na demarcação do humano e do social, devido precisamente ao efeito de *feedback* de que falamos acima e que permite às divisões operarem sobre elas mesmo, tanto por via dos seus membros, como pela dos que as classificam. Mas a vontade de classificar é, em si, inerente à adaptação humana ao ambiente e pode representar, por isso, uma mera característica evolutiva.

### 1.3 As doenças psiquiátricas: história e teorias

Depois de Pinel, entre a loucura e a razão nasce um abismo. Não por a loucura ter mudado, mas por a Razão se ter empolado de um orgulho que no que a ela não se identifica só pode ver Erro, Falsidade, Incongruência, Falta.

*Frederico Pereira, Introdução à história da Psicopatologia: I – Philippe Pinel (2ª parte), 1978, p. 127*

Philippe Pinel (1745-1826), protagonista do mito da “libertação física” dos doentes mentais (acção que, ao que parece, não terá praticado), (Wallace & Gach, 2008, p. 306) foi verdadeiramente revolucionário por conseguir trazer para a Psiquiatria a nova concepção do

homem perante o Estado (que já pressupunha a cidadania — controlada securitariamente — e não a submissão inapelável), ao considerar que o discurso do louco tem de ser entendido e não segregado. Sendo também, ao contrário do que é propalado, não muito empenhado politicamente, embora decerto simpatizante do novo regime, é também responsável pelo transpor do espírito científico para a Psiquiatria e consequente integração desta na medicina. No seu *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, de 1801, procede já a um enumerar, ou seja, a uma aplicação de métodos estatísticos e comparativos (por exemplo, busca de proporções entre doentes curados e doentes admitidos) ao mesmo tempo que mantém uma atitude de historiador natural – Murphy considera-o inscrito na tradição baconiana – (Murphy, 1981, pp. 301-319) classificando as doenças, com base na sintomatologia, embora advertindo que esta tem de ser avaliada cuidadosamente de modo a que não se classifique como louco, alguém com um mero comportamento desviante. (Pinel, 2011, pp. 129-131) Alguns autores, como Canguilhem, realçam o seu uso pioneiro da estatística, tentando impor um certo ordenamento às doenças e despojando-as da circunspecção, (Canguilhem, 2009, p. 78) considerando-o até pioneiro do método numérico na medicina. (Canguilhem, 1975, p. 419) Há neste aspecto, como referia Hacking, um “esquecimento do humano”, no sentido em que para lidar com números há que por de lado particularidades individuais.

Assim, Pinel estuda e diagnostica os doentes que já se encontram em La Salpêtrière, ao mesmo tempo que avalia os novos que vão dando entrada. Reforça progressivamente o seu pendor clínico e afasta-se aos poucos da anatomia patológica que já ocupava outros alienistas de então, como L. J. Bayle (1799-1858) que em 1822 conseguiu relacionar a clínica da sífilis terciária com a neuropatologia. Assim, deixa de se preocupar com as causas das doenças – sem que intelectualmente as não considerasse, considerando-se até um vitalista não reducionista, no sentido em que vê o indivíduo como mais que a sua soma (Pereira, 1978, p. 123) — para as passar a descrever pelos seus sintomas, como se faz noutros ramos da Medicina. Torna-se, portanto, o fundador da Psiquiatria Clássica ao abandonar um ponto de vista determinista.

Com Pinel, dá-se início ao grande século da Psiquiatria francesa que se viria a caracterizar pelo elevado sentido clínico e experimental e pelo depurar de pressupostos teóricos como seu alicerce. Neste particular a Psiquiatria encontra-se com o resto das ciências naturais enformadas pelo movimento da estatística, ao procurar a descrição e a quantificação, não se preocupando em construir uma teoria e um sentido (humano) para a doença. De facto, como



vimos no capítulo precedente, a propósito da varíola, ninguém percebera como podia ser terapêutico para o indivíduo afectado, a inoculação da sua própria secreção, produzida pela doença. No entanto, se os factos observáveis o demonstravam como terapêutico, praticava-se, independentemente do “sentido humano” que pudessem ter.<sup>63</sup>

Contudo, a criação do asilo psiquiátrico repousava também no princípio de que o mero afastamento do ambiente patogénico em que o doente vivia, já representava, em si, um meio terapêutico<sup>64</sup> (Porter, 2002, p. 139). O seu discípulo, Jean-Etienne Esquirol (1772-1840) é talvez mais ligado ao poder e, apesar de simpatizante monárquico, não teve grandes problemas de relacionamento político nos três regimes que serviu: o império, a restauração monárquica e a monarquia de Julho (Wallace & Gach, 2008, pp. 309-310). No seu livro *Des Maladies Mentales*, de 1838, actualiza a nosografia, defendendo também a necessidade dos métodos estatísticos na clínica (por exemplo, na observação da frequência das patologias por países, (Esquirol, 1838a, p. 740) o que lhe permitiu promover, baseado nesses números, uma reforma importante da assistência psiquiátrica ao conceber, em colaboração com o governo, uma rede de hospitais psiquiátricos, em 1838, (Shorter, 1977, pp. 51-52) bem como a regulamentação legal dos internamentos, que constituiria a partir de 1838 (ano da sua publicação), o protótipo da situação médico-jurídica dos doentes mentais nos países ocidentais. (Esquirol, 1838 a.p. 744, Wallace & Gach, 2008, p. 310) Neste vínculo à legislação, Esquirol vai, decisivamente, ao encontro de preocupações securitárias, tal como referidas por Foucault, a que aludimos na secção precedente. Se antes da revolução francesa os loucos eram proscritos, até fisicamente segregados da sociedade em asilos desprovidos de qualquer componente terapêutica, após aquela, passaram, além de tratados medicamente, a ser controlados pelo Estado, sendo a dimensão judicial, um dos vectores daquela acção. Temos assim que a Psiquiatria acompanhou, neste campo da estatística, o resto da medicina, bem como a ciência em geral.

No entanto, e já deslocalizando-se em relação ao estar científico de Pinel, outro ponto em que a psiquiatria do século XIX, acompanhou o pensamento médico de então foi na tentativa

---

<sup>63</sup> Na medicina e psiquiatria actuais há ainda exemplos análogos, como o caso da electroconvulsivoterapia, que apesar de ter resultados comprovados na melhoria de algumas doenças mentais, o seu mecanismo de acção é, no essencial, ignorado. Estamos em crer, aliás, que esta é uma das razões que leva à sua contestação por alguns sectores psiquiátricos e não psiquiátricos, que mantêm o enfoque terapêutico na necessidade da conexão de sentido com a história pessoal do paciente.

<sup>64</sup> Ainda é tema de discussão no seio da própria psiquiatria se o “ambiente terapêutico” pode, por si, ser um meio de tratamento.

de relacionar um determinado quadro clínico com os achados neuropatológicos *post-mortem*. A medicina, que tinha abandonado a visão humoral das doenças, centrava-se agora na tentativa de localizar uma doença num dado órgão. Tratava-se de um movimento, feito em vaivém, ensaiando pontes explicativas entre os sintomas que o doente apresentara em vida e a apresentação anátomo-patológica de um órgão. No caso da psiquiatria, este programa de investigação, aplicado pelos chamados psiquiatras biológicos durante o século XIX, falhou, contando-se como únicas descobertas em patologias frequentes, as identificações neuropatológicas da neurosífilis, em 1822 (este achado de Bayle — inflamação da membrana aracnóide nos doentes com sífilis terciária — tornou-se simbólico, já que estava encontrada uma lesão neuropatológica que explicava um determinado quadro clínico e ficou para a história como o paradigma da psiquiatria biológica) e da doença de Alzheimer, em 1904. Foi aliás este falhanço que permitiu, já no dealbar do século XX, a emergência de teorias mais psicogénicas para a explicação da doença mental, tendo então a partir de aqui havido alguma divergência epistemológica com a medicina.

Este esforço levou também a psiquiatria para as universidades, sobretudo na Alemanha e Europa Central, tornando-a uma disciplina médica. E aqui foi a Alemanha que se tornou líder na psiquiatria a partir da segunda metade do século XIX, talvez porque a sua constituição em principados gerasse uma maior competição entre os vários cientistas da época, ao passo que a França, mais estatizada e centralizada, sugava o movimento científico para Paris. Entretanto a psiquiatria inglesa, que não se destacava em critérios científicos, caracterizava-se pelo acompanhamento do movimento asilar, tendo surgido numerosos hospitais psiquiátricos por todo o país, já desde meados do século XVIII. (Freeman, 1996, pp. 320-326)

Porém, na primeira metade do século XIX, já surgiram, sobretudo nos países germânicos, psiquiatras que não abraçavam a visão biológica, preferindo apresentar uma linha mais mentalista<sup>65</sup>. Esta tendência foi influenciada pelo romantismo alemão que, por sua vez, representou uma reacção, também política, ao racionalismo francês — Napoleão havia invadido os países germânicos —, montado na estatística<sup>66</sup>. Nesta linha, Johann Reil (1759-1813), professor em Halle, viria a destacar-se, embora fosse mais um teórico influenciado

---

<sup>65</sup> Esta tendência mentalista, juntamente com o facto de a estatística germânica ser mais orientada para os assuntos do estado, pode explicar, em parte, por que razão a psiquiatria destes países esteve, na primeira metade do século XIX, atrasada em relação à francesa. (Mosler & Seidel, 2007, pp. 6-7)

<sup>66</sup> Esta tendência foi iniciada (ainda previamente à guerra) na Alemanha, pelo filólogo pietista, J. Hamann (1730-1788), tendo-se também feito sentir em Inglaterra, aqui personificada pelo poeta místico W. Blake (1757-1827). (Berlin, 1999, pp. 49-50)

pelo Romantismo, que um alienista dedicado. No seu tratado refere-se à necessidade de terapia psicológica, ao mesmo tempo que estabelece um paralelismo, por um lado, entre a doença mental e o pecado e, por outro, entre a recuperação e a salvação. Defendeu serviços para curáveis e incuráveis e terá sido o introdutor do termo psiquiatria. Teve a ideia de um grupo de teatro no hospício, embora não tenha provavelmente chegado a implementá-lo. Ainda na Alemanha, há a referir, L. E. Horn, director do Charité de Berlim. Foi introdutor do conceito, ainda praticado, de disciplina e de limites para os doentes. Estas ideias eram ainda recentes na sociedade em geral, onde despontava o culto do corpo e da disciplina. Outro representante desta tendência foi J. Heinroth (1773-1843), que considerava o homem um ser contraditório, cujas doenças mentais só podiam ser tratadas pela razão (e aqui exaltou o papel do cristianismo), embora defendesse também que tal só podia ser feito por profissionais médicos pois também eram necessárias medidas físicas. Considerou que as doenças mentais eram produto da desorganização de três poderes mentais: a vontade, a emoção e o intelecto. Terá sido responsável pelo termo “psicossomática” e, na linha do que defendera Spinoza cerca de um século antes, considerou que “corpo e psique são dois aspectos da mesma coisa”. Segundo ele o processo psicológico constava de três níveis distintos (instinto, ego e consciência) o que juntamente com a sua opinião de que o tratamento deveria ter características individuais, pode levá-lo a ser considerado um precursor de algumas ideias de Freud (Wallace & Gach, 2008, p. 311). Elaborou uma classificação de doenças mentais a que não era estranho um fundamento teológico (Heinroth, 1818, pp. 268-269).

Em França, nos anos cinquenta do século XIX, surgira pela mão de B.-A. Morel (1809-1873), uma nova doutrina explicativa das doenças mentais, que ficaria conhecida como a teoria da degeneração, que influenciaria profundamente a psiquiatria francesa de então. Esta época coincide sensivelmente com aquela em que parece começar a haver algum desinteresse pela recolha de dados estatísticos por parte dos médicos franceses<sup>67</sup> que, à luz das teses de Hacking, pode ser visto como tendo a teoria da degeneração funcionado como refúgio neo-determinista, dispensando, por isso, a estatística. Influenciado por ideias evolucionistas (mas não rejeitando um criacionismo original), Morel concebeu a hipótese da "degeneração

---

<sup>67</sup> Claude Bernard rejeitava a estatística por conferir apenas médias, não valores autênticos encontrados em pacientes reais. (Bernard, 1957, pp. 137-138) Também A. Comte já predissera igualmente a inutilidade da estatística. (Hacking, 1990a, p. 78)

<sup>68</sup> A teoria da degeneração permite uma abordagem não apenas clínica, mas também etiológica à psiquiatria, já que a mera descrição é insuficiente para Morel que considerava insuficiente a descrição sem determinismo causal e acreditava na continuidade entre o Homem físico e o Homem moral. (Mota Cardoso, 2008, pp. 18-19)

psíquica", segundo a qual muitas psicoses corresponderiam a desvios mórbidos, inicialmente brandos, mas que, através de uma transmissão hereditária e de um acumular de insultos ambientais, sofreriam uma evolução progressivamente mais grave e com tendência a manifestar-se mais precoce e intensamente na geração seguinte<sup>69</sup>. (Morel, 1857, p. vi) Ao grupo das degenerações pertenceria a *démence* precoce, ainda encarada como síndrome pelo autor francês (Morel 1860, p. 279), que viria a ser cunhada, já como entidade nosológica, como *dementia praecox*, por E. Kraepelin (1856-1926), em 1893 (Kraepelin, 1896, p. 426) e depois como esquizofrenia por E. Bleuler (1857-1939), em 1911. (Bleuler, 1952, p. 9)<sup>70</sup> Há assim, na visão de Morel, um pressuposto teórico – no caso, a teoria da degeneração —, que já não se socorre de um pensar estatístico, antes implicando dogmaticamente um dado que acreditava estar implicado na origem de algumas doenças, especialmente as mais graves. De facto não há nos compêndios clínicos de Morel, de 1852 e 1860, qualquer referência estatística, nomeadamente no que se refere ao uso de tabelas ou mesmo de aportes meramente descritivos. (Morel, 1852 e 1860)

Apesar da presença forte do movimento mentalista na Alemanha, outros alienistas do país mantinham-se fiéis à orientação clássica, baseando-se nas descrições clínicas, como K. Jacobi (1775-1858), um organicista, que considerava a “observação do doente e a cuidadosa indução fora do labirinto de especulações incontroladas” como fundamental instrumento do psiquiatra. Mas considerava que não eram objecto da psiquiatria nem o estudo de perversões morais, nem de convicções religiosas, essas sim, objecto da psicologia. Falou nas alterações do desejo (mania e melancolia que podiam alternar), do intelecto (que podia estar também exaltado ou reduzido) e definiu o *delirium*. Considerou que um ataque de mania podia durar 28 meses. Contou minuciosamente os seus casos (reuniu por exemplo 111 homens e 117 mulheres maníacos), caracterizando-os epidemiologicamente. Não conferiu tanta importância à hereditariedade, como o fizera Esquirol. (Shorter, 1977, p. 38)

Wilhelm Griesinger (1817-1868), grande impulsionador da psiquiatria biológica a partir dos anos 40 do século XIX, era um monista materialista que foi influenciado pelos desenvolvimentos científicos de então, nomeadamente a lei da conservação da energia, a

---

<sup>69</sup> Vemos que algumas destas ideias estão presentes na actual teoria da antecipação genética. Esta pressupõe que uma doença, devido à acumulação de erros genéticos (por exemplo, expansão de repetições de três nucleótidos ao longo do DNA) tende a manifestar-se em idade mais precoce e com maior intensidade na geração seguinte, caso de algumas doenças neurológicas e psiquiátricas, como a coreia de Huntington e a doença bipolar.

<sup>70</sup> Muitos autores duvidam da continuidade histórica entre a *démence precoce* de Morel e a *dementia praecox* de Kraepelin. (Berrios, 2003, pp. 111-140)

teoria celular reducionista e o evolucionismo. (Wallace & Gach, 2008, p. 305) Elaborou um compêndio – “Patologia Mental e Terapêutica” – em que divide as afecções mentais em três grupos: depressão mental (hipocondria e melancolia), exaltação mental (mania e monomania) e enfraquecimento mental (mania crónica, demência e idiotia). Já há nas suas definições uma maior atenção à descrição dos afectos que até aqui era negligenciada. De facto, aquilo a que hoje poderíamos chamar doenças afectivas, eram apresentadas sobretudo em termos das alterações intelectuais e motoras. Há um reconhecimento de que a melancolia pode alternar com a mania e a monomania e até coexistirem simultaneamente, no que será um embrião do actual conceito de doença bipolar. Distingue a mania da melancolia, por na primeira não haver ideias delirantes mantidas (antes voláteis) e a segunda como um estado em que passado o ataque inicial, as ideias delirantes continuam fixas. A mania crónica consistiria num estado, irreversível de delírio, com enfraquecimento intelectual e é provavelmente precursora do conceito de esquizofrenia. (Griesinger, 1867, pp. 324-340)

Também importantes seriam os contributos de B. von Gudden (1817-1886), chefe de Kraepelin, com as suas observações anatómicas e neuropatológicas, bem como de F. Nissl (1860-1919), C. Golgi (1843-1926) e S. Ramon y Cajal (1852-1934), com as suas inovadoras técnicas de coloração do tecido nervoso. Todavia, à excepção da paralisia geral e das demências, a anatomia patológica tinha falhado em estabelecer um elo com a clínica psiquiátrica. (Wallace & Gach, 2008, p. 383)

Porém, em todos estes autores, ao contrário do que praticavam os franceses já na primeira metade do século XIX, não há praticamente referências a números e estatísticas de doentes internados. A explicação poderá residir no facto de a estatística, tão utilizada até meados do século pelos franceses, não ter até então conduzido a um conhecimento mais profundo da doença mental, limitando-se a descrições quantitativas que mais serviam propósitos burocráticos. Mesmo nas sucessivas edições do tratado de E. Kraepelin (considerada a obra fundadora da actual psiquiatria clássica), que decorreram entre 1899 e 1913, (Kraepelin, 1990a, 1990b, 1904 e 2005), não existem praticamente essas referências. Na última edição surge uma estatística muito rudimentar em que, por exemplo, o autor já menciona a distribuição percentual de uma doença – no caso a parafrenia sistemática — por sexos e faixas etárias, mas sem referir quantos doentes viu no total. (Kraepelin, 2004, p. 127). Este autor publicaria também, em 1917, uma história da Psiquiatria no século XIX e início do XX (“Cem anos de Psiquiatria”), em que não faz praticamente referência a estatísticas. (Kraepelin, 2011)

A Psiquiatria terminou o século XIX, numa encruzilhada, dado que a anatomia-patológica não conseguia decifrar as doenças e a psiquiatria francesa, campo privilegiado da estatística, perdia terreno. Apenas algumas décadas depois, a estatística voltaria a entrar na psiquiatria. Entretanto, esta abria-se, com o início do século XX, a outras formulações, incluindo de natureza metapsicológica.

## 2 A Importância da Estatística na Emergência da Psiquiatria em Portugal

### 2.1 Introdução

Esta dissertação visa estabelecer uma narrativa que sustente a emergência da psiquiatria em Portugal no século XIX, fornecendo uma nova perspectiva de abordagem centrada na utilização de dados estatísticos como ferramenta epistemológica e científica, para a emergência de uma nova área disciplinar. Neste sentido procuraremos reflectir sobre algumas das contribuições mais significativas de autores portugueses, que, no período em estudo, terão feito uso desta metodologia, para enquadrar e discutir a importância do alienado e das doenças mentais, utilizando como reflexo, as teses de Ian Hacking.

Assim, neste capítulo, procuraremos dar conta da psiquiatria portuguesa, traçando a sua evolução ao longo do século XIX. Utilizaremos como metodologia a análise de um conjunto particular da bibliografia disponível (seleccionada entre livros de texto e publicação de artigos em periódicos das figuras mais relevantes da história da psiquiatria portuguesa, que se sucederam na direcção dos primeiros hospitais psiquiátricos portugueses ou na assistência aos alienados no país), bem como o estudo do Hospital de Rilhafolles entre 1848 e 1880, através dos livros de registo de admissão e tratamento dos doentes, neste que foi o primeiro hospital psiquiátrico no país. O intervalo de tempo escolhido torna a interpretação dos dados mais relevantes em termos da efectiva cobertura assistencial que era então prestada, visto não estar “contaminada” pela existência de outras instituições e consequentes variações da população utente.

#### *A doença mental e a assistência aos alienados em Portugal*

No começo do século XIX, a assistência aos alienados em Portugal, em termos da integração legal e terapêutica, encontrava-se ainda aquém do que acontecia nos restantes países europeus. Os doentes tinham como sorte a inclusão em cadeias ou, na melhor das situações, em hospitais de índole geral, como o Hospital de S. José, em Lisboa, ou o Hospital de St.º António, no Porto. (Pereira, Gomes & Martins, 2005, p. 100)

O espírito iluminista influenciado pela independência dos Estados Unidos e pela revolução francesa acabaria por chegar a Portugal, com a consequente implementação das ideias liberais (Nobre Vargues, 1993, p. 47) que, segundo António Maria de Sena (1845-1890), se associam também ao contributo da reforma luterana. (Sena, 2003, p. 93)

O progresso da psiquiatria francesa, associado à abertura de novos asilos e integração dos doentes mentais no sistema médico acabariam também por influenciar alguns clínicos portugueses (Barahona, 1998). Assim, a necessidade de construção de hospitais psiquiátricos começou a ser equacionada na alvorada do século XIX. O primeiro a fazê-lo foi Joaquim Pedro d' Abranches Bizarro (1905-1960). Formado pela Universidade de Coimbra em Medicina e Filosofia e professor na Escola Médico-cirúrgica de Lisboa, onde foi Lente de cirurgia, dirigiu entre 1835 e 1838 as duas enfermarias de alienados que aí funcionavam desde 1818 (S. Teotónio para homens e St.<sup>a</sup> Eufémia para mulheres<sup>71</sup>). Ali desenvolveu um trabalho estatístico, que publicou, no sentido de compreender as necessidades do país na área da assistência aos alienados, para a qual também defendeu a actualização da medicina portuguesa na perspectiva científica. As mulheres alienadas seriam transferidas do Hospital S. José, para Rilhafoles, em Dezembro de 1848, seguindo-se os homens em Janeiro de 1850.

Joaquim Pedro Bizarro notabilizou-se não só por essa actualização (com a elaboração de diagnósticos mais rigorosos, em que já adoptava a classificação francesa de Esquirol) como também por tentar melhorar o estatuto dos alienados. Bateu-se também pela inovação terapêutica, classificando de retrógradas as medidas então tomadas (como as sangrias), já que eram pouco específicas (por serem aplicadas em qualquer outra doença) e pouco dotadas de qualquer base científica. No entanto, os registos da sua actividade cessaram em 1838, (Sena, 2003, p. 100) por ter transitado para outra especialidade, a cirurgia.

Nessa época, ao contrário do que começava a suceder na Europa, não havia ainda, no nosso país, especialistas nesse campo, sendo os cuidados aos doentes mentais, entregues a médicos jovens, que depois transitavam para outras especialidades mais “nobres”, o que constituía um menosprezo para os doentes mentais até por não permitir uma sólida formação dos clínicos. (Sena, 2003, p. 95)

---

<sup>71</sup> Ocupavam respectivamente o actual espaço do serviço de urgência, bem como o pátio contíguo, para os homens e o andar imediatamente superior, para as mulheres. (Sena, 2003, p. 94)



Embora Joaquim Bizarro tenha realizado um aturado esforço estatístico ao fazer um levantamento dos dados das suas enfermarias e de preparar, assim, o terreno para a construção de hospitais especializados (que abordaremos na secção seguinte), terá sido precisamente, por terminar o seu percurso psiquiátrico (pouco valorizado no contexto médico), que o seu trabalho caiu no esquecimento.

A situação manteve-se inalterável por mais cinco anos, quando dois beneméritos, António Sampaio e seu filho, Osborne Sampaio, legaram uma quantia monetária significativa destinada à construção de um estabelecimento próprio para alienados. No entanto, o governo de Costa Cabral ordenou que esse donativo fosse canalizado para melhorar o antigo Convento da Luz, de forma a receber aqueles doentes. (Sena, 2003, p. 100) Porém, esta transferência foi continuamente adiada, apesar dos protestos dos responsáveis, António Ribeiro (até 1846) e posteriormente Caetano Beirão. (Sena, 2003, pp. 102-106; Morgado Pereira, 2006, pp. 87-88)

Por não concordar com a colocação dos doentes numa velha estrutura, antes pugnando pela edificação de uma nova, Bernardino António Gomes, médico-cirurgião e director do Hospital da Marinha (onde, em 1841, abriu também uma enfermaria para alienados), empreendeu uma viagem pelos principais asilos da Europa, no sentido de também os implementar em Portugal. Assim, a partir da documentação que reuniu em relação a esses asilos, pôde quantificar as necessidades portuguesas, nomeadamente em número de camas para alienados. A viagem de quatro meses permitiu-lhe visitar instituições públicas e particulares de alienados na Holanda, Bélgica, Alemanha, Itália, França e Inglaterra.

Esta viagem (cujos resultados analisaremos adiante, bem como as vicissitudes políticas associadas) teve resultados infrutíferos, pois subitamente se tomaram decisões apressadas em relação à abertura do Hospital de Rilhafoles em 1848. Decidiu-se pelo aproveitamento de um edifício antigo, um outro convento, quando Bernardino António Gomes (1806-1877) tinha proposto a construção de dois hospitais novos, em Lisboa e Porto, bem como o aproveitamento de uma estrutura antiga, como o Convento de Cristo, em Tomar ou o Mosteiro de Alcobaça. Ao que parece, foi uma visita do Duque de Saldanha, então primeiro-ministro, às degradadas enfermarias do Hospital S. José, que precipitou a transferência dos alienados para o antigo Convento de Rilhafoles, vencendo a resistência da Rainha D.<sup>a</sup> Maria II. (Sena, 2003, p. 111) Acabaram, assim, por ser ignoradas as recomendações de Bernardino António Gomes que empreendera a referida viagem pela Europa para estudar detalhadamente

os asilos estrangeiros e com isso fundamentar a abertura dos portugueses. Manteve-se, contudo, o seu apelo mais urgente, no sentido de se criar um hospício. (Sena, 2003, p. 110)

Vemos assim que os primeiros alienistas portugueses, Joaquim Bizarro e Bernardino António Gomes, não descuraram o levantamento estatístico para o estudo da implementação da psiquiatria em Portugal, embora esta acção visasse mais a organização dos serviços que as ilações científicas. Não há sequer um esboço de abordagem filosófica acerca da génese da doença mental, o que provavelmente traduz o seu posicionamento clássico. Os seus trabalhos viriam a ser desbaratados por não ter havido, por parte do Estado, qualquer aproveitamento naquela implementação, antes recorrendo-se à improvisação sobreposta a impulsos emocionais e provavelmente obedecendo a um *dictum* político.

As primeiras décadas do funcionamento do Hospital de Rilhafolles seriam documentadas por António Sena (1845-1890), na obra, *Os Alienados em Portugal* (obra que adiante analisamos mais detalhadamente), de 1885. (Sena, 2003) Constatou que o hospital deixara com o tempo, de cumprir adequadamente a sua função, pois estava já superlotado e com condições degradadas em relação à sua abertura, nomeadamente devido à escassez de recursos humanos, além de servir apenas a população da área de Lisboa, convertendo-se num hospital distrital (Sena, 2003, pp. 133-148). Criticou ainda a escassa produção científica do hospital, tanto em termos dos estudos anátomo-patológicos como da colaboração com as universidades, práticas que já eram correntes noutros asilos da Europa (Sena, 2003, p. 169). Seria também responsável pela abertura da segunda instituição psiquiátrica portuguesa, em 1884, o Hospital Conde de Ferreira, no Porto, também recentemente encerrado, enquanto instituição do Serviço Nacional de Saúde (está, de momento, a cargo da Misericórdia). Ostentando o nome do seu benemérito que por sugestão do Rei D. Pedro V deixou no seu testamento o montante necessário para a sua construção. O Hospital Conde de Ferreira é o primeiro hospital psiquiátrico português construído de raiz, respeitando até as recomendações de Esquirol, mas inspirado na arquitectura do Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro, inaugurado em 1852. (Pereira, 2005, p. 100) António Sena, seu primeiro director, estabeleceu critérios estatísticos, clínicos e sociais sobre as doenças mentais e implementou estudos anátomo-patológicos versando, sobretudo, as demências. Convém realçar que este empirismo de investigação não foi beliscado pelo seu posicionamento teórico, próximo da teoria da

degeneração,<sup>72</sup> que pressupunha, como vimos, para algumas doenças, um fundo mórbido que se acumularia de geração em geração para irromper inopinadamente num descendente, teoria que, numa extensão metateórica permitia tirar ilações de ordem social e política. Por exemplo, João Franco, primeiro-ministro autocrata de D. Carlos, viria também a constituir, para os seus adversários, um “caso de degeneração”. (Quintais, 2008, pp. 353-369) Mas este enfoque na hereditariedade, ainda de raiz lamarckiana – pois não é atribuído qualquer papel ao acaso, antes à adaptação, tornava a família um foco de observação necessária para o psiquiatra degeneracionista (Quintais, 2008, pp. 353-369). Sabemos como o tratamento instituído pelos asilos passava, também, até já antes do advento desta teoria, pelo afastamento do doente da família. Alguma degradação entretanto verificada no Hospital de Rilhafoles contribuía para um novo entusiasmo em torno deste segundo “parto” da psiquiatria portuguesa, embora, cerca de vinte anos depois, este também viesse a ser atingido pelo mesmo mal.

A partir de 1890, ano da morte de Sena, Júlio Xavier de Matos (1856-1922) sucedeu-lhe na direcção, transitando depois para a direcção de Rilhafoles em 1911, após o assassinato de Miguel Bombarda. (Fernandes da Fonseca, 1985, p. 54-55)

### *A bibliografia psiquiátrica de oitocentos*

É escassa a publicação de obras psiquiátricas em Portugal, durante o século XIX, como aliás, no resto da medicina. Ainda assim, algumas merecem a nossa atenção, na medida em que, versando a clínica da época, poderão servir como elemento de reflexão sobre as suas eventuais relações com o pensamento estatístico, das quais se destacam algumas obras publicadas pelos três primeiros directores dos hospitais psiquiátricos, Miguel Bombarda António Sena e de Júlio de Matos.

### *A obra de Miguel Bombarda*

Miguel Bombarda, nascido no Rio de Janeiro e licenciado na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, foi director do Hospital de Rilhafoles entre 1892 e 1910. Monista materialista, foi também um político de filiação maçónica, marcado pela Geração de 70, com convicções

---

<sup>72</sup> Ao longo da história da medicina, temos vários casos, a começar por Hipócrates, em que um dogma teórico (no caso a teoria dos humores) não entra em conflito com o empirismo de investigação (a descrição atórica dos sintomas do paciente).

republicanas, socialistas e anticlericais arreigadas, embora tardias, tendo sido deputado desde 1908 até à sua morte (Morgado Pereira, 2006, p. 8). Barahona Fernandes (1907-1992) sustenta que Miguel Bombarda era um positivista mais metodológico que doutrinário (Pichot & Barahona Fernandes, 1983, p. 273). Sucumbiu às balas de um revólver empunhado por um paciente externo, afecto de uma provável parafrenia, (Borja Santos, 2015a) no seu hospital, na antevéspera de revolução republicana de 5 de Outubro, para a qual trabalhara. Como psiquiatra, esteve sempre mais ligado à tradição francesa da teoria da degeneração, do que à tentativa germânica de aglutinação das doenças em grandes grupos nosológicos, rompendo, no entanto, com a classificação de Esquirol que ainda vigorava em Rilhafoles. Como director de Rilhafoles (de 1892 a 1910), levou a cabo algumas acções importantes, em termos do melhoramento das instalações dos doentes (com a construção de novos pavilhões) e da atenuação dos meios físicos de repressão, bem como do e do ensino da psiquiatria aos jovens médicos, que realizou por sua iniciativa, já que não havia ensino graduado dessa disciplina para os médicos (Pichot & Barahona Fernandes, 1983, pp. 263-264). Destacou-se também como higienista e promotor da luta anti-infecciosa. Criou, em Janeiro de 1883, a revista, *A Medicina Contemporanea*, que viria a ser dirigida por Egas Moniz e publicada regularmente até 1974. Organizou, em 1906, em Lisboa, o XV Congresso Internacional de Medicina, um momento alto de intercâmbio científico e do maior interesse político para a dignificação da classe médica e da modernização da medicina portuguesa.

Em 1877 publicou a obra, *Do Delírio das perseguições*, tema que já desenvolvera como tese de licenciatura. A primeira parte comporta descrições de vários casos clínicos que se referem a doentes em que é manifesta uma ideação delirante persecutória. Porém à luz das modernas classificações e mesmo das coevas, não são casos nosograficamente homogêneos, já que incluem quadros que vão do delírio sistematizado à confabulação, do plausível ao implausível e com e sem alucinações. Inclui ainda delírios de etiologia alcoólica. Recorde-se que em 1852, já Charles Lasègue tinha individualizado o delírio paranóide sistematizado (Lasègue, 1852, p. 129). Bombarda colocou a unidade dos quadros em sentimentos como a raiva, a inveja, a vingança e o ódio que, tanto podiam ser prévios (possivelmente até ocultos) como posteriores à eclosão delirante (Bombarda, 1877, p. 50). Relacionou a perigosidade do doente com o seu carácter não estando necessariamente dependente do quadro clínico, embora a sistematização delirante a pudesse facilitar<sup>73</sup>.

---

<sup>73</sup> Esta ideia mantém-se actualmente.

Na esteira do seu monismo materialista, localizou a doença no cérebro, não no espírito, considerando que o tratamento moral era completamente desprovido de utilidade<sup>74</sup> (Bombarda, 1877, p. 83). Salienta-se também a descrição em termos gerais, *da folie à deux* na sua forma *imposée*, embora não a nomeando por este nome<sup>75</sup> (Bombarda, 1877, pp. 71–72). Não existem no livro, quaisquer referências estatísticas, antes ensaiando, o autor, a generalização, a partir dos casos descritos.

Na opinião de José Morgado Pereira, *O Delírio do Ciúme* é o melhor livro de Miguel Bombarda, por se basear na clínica e evitar considerações filosóficas. Trata-se de uma obra contemporânea da 5.<sup>a</sup> edição do Tratado de Psiquiatria de Emil Kraepelin que, segundo o mesmo autor, se inscreve na tentativa (na esteira de alguma psiquiatria francesa) de resgatar a paranóia de uma parcial inclusão forçada no campo da demência precoce (Morgado Pereira, 2006, pp. 73-74). Publicada em 1896, é talvez a obra da literatura psiquiátrica portuguesa que maior projecção internacional adquiriu, sendo por vezes citada, noutros tratados de língua estrangeira ao longo do século XX (Lanteri-Laura, 1986, p. 8). Até ao final do século XX, nas classificações, a paranóia (renomeada perturbação delirante), comportava um subtipo de ciúme. (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 2002, p. 305)

Após algumas considerações iniciais sobre as características do quadro, Bombarda reportou nove observações de doentes em que o ciúme entra como centro do delírio, mas sem que no total, houvesse nas descrições, uma homogeneidade nosológica. Barahona Fernandes notara, aliás, que Bombarda não aceitava a divisão da paranóia em tipos distintos (Pichot & Barahona Fernandes, 1983, p. 268). Houve antes uma procura, semiologicamente empírica, de casos clínicos em que o ciúme entrou – sindromaticamente — como delírio tendencialmente sistematizado (por exemplo num dos casos é acompanhado de alucinações auditivo-verbais proeminentes e de ideação grandiosa, noutro de declínio intelectual, noutro ainda de cura e, finalmente, num quarto, de sintomas depressivos, situações que vão contra a sua inscrição na paranóia). Concluiu no final do livro que não havia necessidade de retirar casos extremos para obter uma classificação mais coerente, acrescentando que era a paranóia

---

<sup>74</sup> Considera-se também actualmente que estas perturbações apenas cedem aos tratamentos farmacológicos, não respondendo aos tratamentos psicológicos.

<sup>75</sup> A tese de Bombarda foi publicada no mesmo ano – 1877 – em que Lasègue e Falret descreveram a doença por esse nome e precisamente na sua forma mais habitual, que viria a ser chamada de “subtipo *imposée*”, em que um indivíduo, doente, transmite o delírio a um outro, previamente são e em quem o prognóstico é melhor. É provável que Bombarda tenha lido o artigo de Lasègue e Falret, uma vez que a sua descrição é muito aproximada à daqueles autores.

persecutória a definir o quadro (Bombarda, 2001, p. 103). Mais uma vez, a ilação nosográfica foi tomada a partir da síndrome, embora assumido temática e não morfológicamente<sup>76</sup>. Não houve também a preocupação de coligir um maior número de casos para obter maior uniformidade clínica. Mas por ser uma obra despida de concepções doutrinárias (Morgado Pereira, 2006, pp. 73-74) e se limitar à descrição naturalista, foi a que maior sucesso obteve, ainda hoje reconhecido, o que ilustra que a concepção baconiana de Pinel (retomada por Kraepelin no final do século) foi adoptada também por Bombarda. Ou seja, neste particular, depois de uma digressão doutrinária pela fisiologia e anatomia patológica do cérebro, de cariz biológico, o autor português à semelhança da psiquiatria europeia, regressava ao *back to basics* do modelo descritivo. A metodologia está próxima das concepções de Le Play, ou seja a generalização a partir de casos clínicos (Hayes, 2000, p. 134) que se manteve em voga na Psiquiatria até meados do século XX.

Foi publicada em 1892 a obra *Microcefalia*, uma reunião de conferências proferidas por Miguel Bombarda acerca do tema<sup>77</sup>. Estando a microcefalia associada à idiotia e à imbecilidade (termos então empregues para “atraso mental”, conforme o grau), o autor, nas primeiras páginas, manifesta a sua confiança de que o futuro conhecimento destas patologias constituirá o “ABC da psicologia”<sup>78</sup>. (Bombarda, 1892, p. 6) Descreveu depois alguns casos clínicos de microcefalia, tendo sempre presente a sua eventual relação com a degeneração. Afirmava que a quantidade de estigmas de degeneração eram variáveis de caso para caso e que não havia uma relação directa entre o volume craniano e a inteligência, até porque ela era variável nos humanos com microcefalia e não o era nos gorilas (que também são, “comparativamente com os humanos normais”, microcéfalos). (Bombarda, 1892, pp. 20-21) Por outro lado, reconheceu que a microcefalia nos humanos era fonte de patologia e de estigmas degenerativos (há, por exemplo, ataques epilépticos), não o sendo nos gorilas. Por esta razão, não acreditava que os estigmas degenerativos fossem sinal de regressão atávica. (Bombarda, 1892, p. 28) Até porque descreveu a autópsia de um microcéfalo e encontrou semelhanças entre o cérebro humano e o do símio no que respeita ao hemisfério esquerdo, reportando que o direito estava mais próximo do de um feto humano. (Bombarda, 1892, pp.

---

<sup>76</sup> Queremos com isto dizer que Bombarda se baseou apenas no conteúdo do delírio (o ciúme) e não na forma a (sistematização lógica).

<sup>77</sup> A microcefalia define-se como um crânio de dimensões reduzidas, condição que está associada ao atraso mental, no sentido de ser uma causa suficiente, não necessária.

<sup>78</sup> Esta posição, ou seja de que seria a psicopatologia (o anormal), a lançar luz sobre a psicologia (o normal), manteve seguidores ao longo do século XX. O que parece querer traduzir que o normal deverá ser encarado como média constituída a partir de desvios.

39-41) As conclusões científicas eram obtidas à custa da descrição de casos clínicos, incluindo em alguns a sua anatomia patológica, o que lhes dá uma consistência mais objectiva, embora recorrendo a uma analogia superficial.

Em 1896 publicou o compêndio, *Contribuição para o Estudo dos Microcéfalos*, em que surge uma utilização sistemática da medição. São apresentados seis casos clínicos de doentes com microcefalia,<sup>79</sup> mas havendo a preocupação, de além das descrições físicas dos seus cérebros autopsiados, mostrar as medidas de vários dos seus parâmetros, nomeadamente da distância entre bossas cerebrais, do índice cefálico e da circunferência fronto-occipital, bem como dos membros e da inter-relação entre eles. (Bombarda, 1886a, pp. 7–93)

Em relação às doenças mentais, Miguel Bombarda, reproduziu a doutrina da degeneração, colocando o foco na hereditariedade e na deficiente educação, mas sublinhando que quanto mais grave era a doença, mais ponderável era o primeiro factor<sup>80</sup> (Bombarda, 1886a, pp. 150–151). Sublinhou, mais uma vez, que os microcéfalos não representavam qualquer regressão atávica, antes uma monstruosidade de novo, já que os estigmas de degeneração podiam não ser produto hereditário, mas unicamente, sintomas de patologia. (Bombarda 1896a, p. 149) Considerou, aliás, que a degeneração não era uma simples paragem de desenvolvimento, embora lhe conferisse importância no desencadeamento das doenças mentais (elogia Morel a este respeito), por representar desvios evolutivos, (Bombarda, 1886a, p. 152) até por tal ser patente noutros males do corpo, como a criptorquídea e o lábio leporino. (Bombarda, 1886a, p. 153) Neste compêndio, Bombarda mantém o mesmo tipo de metodologia, a extrapolação geral a partir de alguns casos, sem preocupações de levantamento estatístico. Há já, no entanto, alguma preocupação com a quantificação de vários parâmetros corporais nos casos descritos, embora depois não haja dissertação sobre os resultados. Na ponderação da inter-relação das medidas dos membros poderia existir alguma influência *galtiana*, se ela também servisse de base a qualquer tipo de inferência.

Também em 1896 publicou *Lições sobre Epilepsia e Pseudo-epilepsia*, obra que reflecte o carácter materialista de Bombarda, ao situar intra ou extra-cerebralmente (aqui com a alteração actuando por intermédio dos nervos), a causa das doenças que lhe dão título. Já se

---

<sup>79</sup> De notar que, à época, as preocupações éticas eram diferentes. Cada caso clínico traz, em título, o nome do paciente.

<sup>80</sup> Actualmente, ainda se tende a considerar, com base nos estudos de hereditariedade, que quanto mais grave é uma doença (por exemplo, esquizofrenia ou doença bipolar), mais importantes terão sido os factores genéticos como causa. Pelo contrário, adquirirá mais peso, a problemática psicossocial, quando se trata de patologia “soft”.

identificam elementos de carácter estatístico, embora, sobretudo, à custa de citações de outros autores. Miguel Bombarda começa por fazer profissão de fé na prevenção, almejando impedir a acção traumatizante do meio sobre um órgão que, nos primeiros anos de vida, ainda não concluiu o seu processo evolutivo. Os principais objectivos deste desiderato seriam a melhoria da raça e a promoção da progenia. Não considera o autor que a epilepsia seja, em si, doença, mas sim resíduo de uma velha doença que se desenvolveu na evolução do cérebro, enquanto a pseudo-epilepsia<sup>81</sup> era um processo actual<sup>82</sup> inflamatório. No primeiro caso, porque degenerativa, seria uma doença crónica. (Bombarda 1896b, p. 86) Sobre a hereditariedade da epilepsia, Bombarda faz, ao longo da obra, várias citações de estatísticas publicadas por outros autores, nomeadamente um trabalho de Echeverria que estudou os filhos de 136 epiléticos (Gráfico 1) e dois trabalhos de Feré sobre a hereditariedade de 305 epiléticos, (Bombarda 1896b, pp. 113-114) que se podem ver nas tabelas 1 e 2, anexo 1.

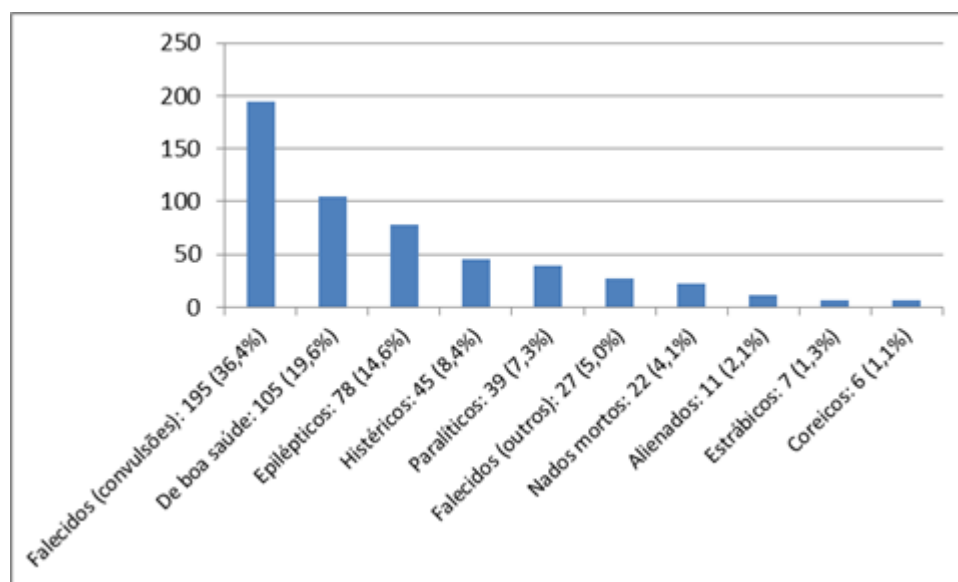


Gráfico 1 – Filhos de epiléticos, segundo Echeverria. (Bombarda, 1896b, p. 111)

Ainda a propósito da hereditariedade, refere que, de acordo com Savage, a epilepsia surge nos descendentes de pacientes com doenças orgânicas cerebrais e alcoolismo, enquanto o idiotismo, as paranóias e a loucura moral aparecem na prole daqueles com neuroses orgânicas. (Bombarda 1896b, p. 114) Afirma serem conhecidas as relações entre vesânia,

<sup>81</sup> A expressão não significa o que poderia implicar hoje: uma simulação histérica de um ataque epilético, mas sim e fazendo um paralelismo com os actuais conceitos, epilepsia secundária a outras doenças, como o tumor cerebral ou o AVC.

<sup>82</sup> Aqui “actual” significa que não tem causas remotas, como nas “neuroses actuais” de Freud.



crime e epilepsia. (Bombarda, 1896b, p. 115) A respeito dos descendentes dos alcoólicos, mostra uma tabela de Echeverria que estudou filhos de 68 homens e 47 mulheres com essa afecção, (Bombarda, 1896b, p. 120) apresentada no gráfico 2. Reflecte depois sobre a questão da consanguinidade e a sua influência na surdo-mudez dos filhos, a propósito de vários dados recolhidos por Boudin, (Bombarda, 1896b, p. 121) mostrados na tabela 3, anexo 1. Tece algumas considerações acerca das diferenças observadas segundo os credos religiosos, afirmando que se devem a alguns facilitarem mais as uniões consanguíneas. Da mesma forma, sugere que a alta taxa verificada nos escravos se prende a maior probabilidade de estes produzirem uniões consanguíneas. Concluiu este tema, referindo que era necessário fazer a destrição entre uma consanguinidade sã e inocente e uma outra, mórbida, proveniente da atracção mútua dos degenerados. Também responsável pelo aumento da degeneração é, segundo Bombarda, a descida da natalidade e, em última análise o malthusianismo, posição subscrita por outros autores coevos (Bombarda, 1896b, p. 118). Explica que a epilepsia é mais frequente nos homens que nas mulheres (40 para 9), o que corresponde a percentagens de 12 e 4, respectivamente. Esta contagem exclui os idiotas (6 homens e 5 mulheres), caso contrário as elevaria para 13 e 6. (Bombarda, 1896b, p. 141) A propósito da co-morbilidade e dos sinais acompanhantes da epilepsia, criticou os estudos de Tomasini que verificou os índices cefálicos e circunferências cranianas de muitas dezenas de epiléticos, comparando-os com outros alienados, uma vez que os números grandes poderiam conduzir a conclusões erradas (por exemplo, por terem sido incluídos os idiotas, os alienados comuns terem medidas mais baixas e assim levar a conclusões erradas). (Bombarda, 1896b, p. 166–167) Preconizou ainda a distinção dos crânios dos epiléticos e dos idiotas sendo os primeiros regulares nas irregularidades, e os segundos totalmente irregulares. (Bombarda, 1896b, p. 173)

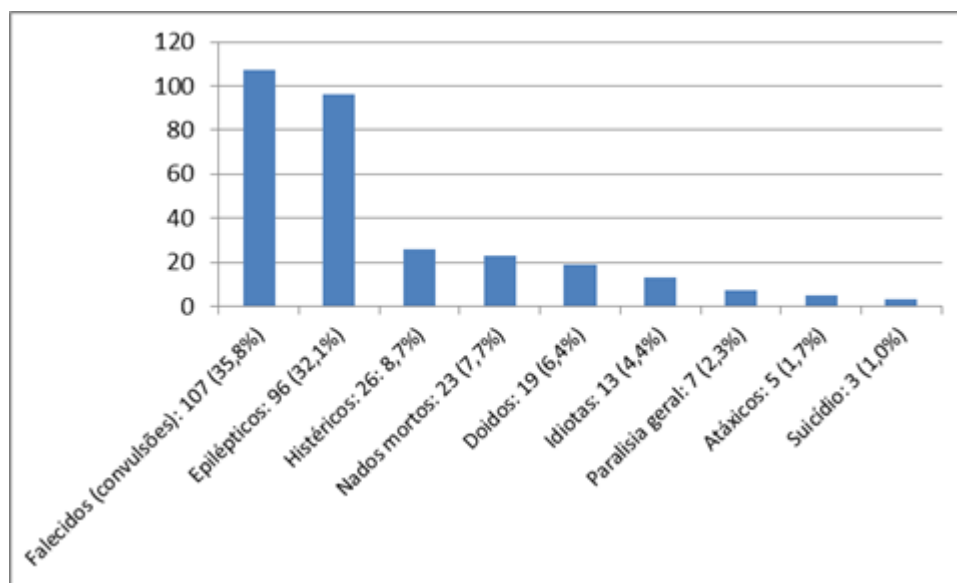


Gráfico 2 – Filhos de alcoólicos segundo Echeverria. (Bombarda, 1896b, p. 120)

Citou ainda os trabalhos de Oseretzkowsky que, em 93 epilépticos identificou apenas 17 sem alterações na sensibilidade geral e os de Tomasini que descobriram assimetria da sensibilidade em 70% com hipoestesia franca em 10%. (Bombarda, 1896b, p. 187) Apresentou também os trabalhos de Feré sobre os reflexos osteotendinosos dos epilépticos: em 92 havia normalidade em 30, diminuição em 28, e aumento unilateral em 12 (Bombarda, 1896b, p. 189). Mostrou uma tabela de Tomasini, sobre medição de membros em epilépticos e alienados, denotando maior assimetria nos primeiros (Bombarda, 1896b, pp. 191–192) (tabela 4, anexo 1), a que acrescenta os de Feré, acerca da energia de flexão e extensão nestes doentes (Bombarda, 1896b, p. 193) (tabela 5, anexo 1), investigação que estendeu às falanges, exposta em texto. (Bombarda, 1896b, p. 194) Seguidamente, o autor mostrou um estudo (tabela 6, anexo 1), comparando a flexão e extensão do pé entre epilépticos e normais (com dez sujeitos em cada grupo), a que se juntavam números sobre as mesmas funções, tomadas homo e contra-lateralmente, com o mesmo tipo de amostras. (Bombarda, 1896b, pp. 194-195)

Em relação à psicopatologia dos criminosos, Bombarda começou por apresentar estudos de Penta (Bombarda, 1896b, p. 299) (Gráficos 3 e 4). A propósito da sua hereditariedade ascendente, mostrou um trabalho de Sichart que evidencia que em 16,2%, os criminosos (perfazendo 25548 indivíduos) são filhos de “borrachões”, em 6,7% de alienados, na mesma percentagem de epilépticos e de suicidas em 41%, no caso do pai e em 5%, no caso da mãe. O total da hereditariedade mórbida seria 77% e de 90% ao acrescentar-se as anomalias do

carácter e a idade avançada dos pais. (Bombarda, 1896b, p. 300) Lembrou uma história citada por Lombroso que, em quatro gerações (com um total de 80 indivíduos foi encontrado um agravamento com o avanço das mesmas, o que lhe permite reafirmar a sua confiança na teoria da degeneração. A este respeito citou os números de uma aldeia italiana em que a criminalidade era muito superior à Itália em geral, facto que atribuiu à hereditariedade. (Bombarda, 1896b, p. 301-302) Não querendo explicar toda a panóplia de sinais físicos que Lombroso descreveu nos criminosos, relembrou a assimetria craniana como muito frequente. Reputou-o muito importante como desvio do normal, pois não oferecia dúvidas, variando pouco com o observador. Referiu que Lombroso, reunindo vários estudos, admitiu a sua ocorrência em 23% dos casos.

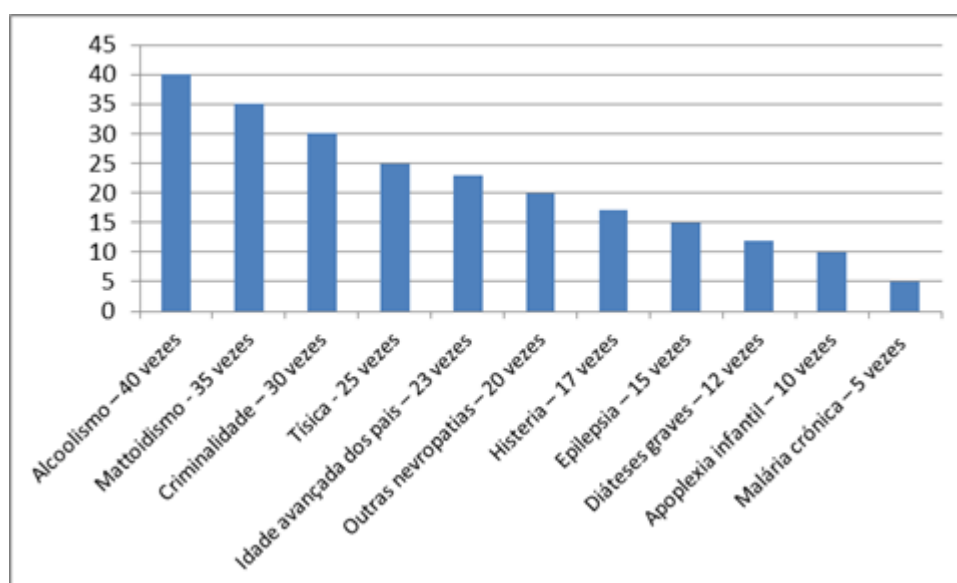


Gráfico 3 – Hereditariedade de 232 criminosos com uma nota grave. (Bombarda, 1896b, p. 299)<sup>83</sup>

Outros admitiram 36,8% para a plagiocefalia parcial e 20,7% para a total. Cita ainda outros autores cujos números variam entre os 32 e os 65,3%. De igual forma, reportou que na escapolocefalia, os estudos estrangeiros a situavam entre os 17 e os 47%. Citou a sua própria investigação, referindo tê-la encontrado em 25 de 46 criminosos (64,3%), embora ressaltando que estavam todos afectos de loucura. (Bombarda, 1896b, pp. 303–304) Apontou depois os estudos de sensibilidade efectuados por Lombroso, nos criminosos, que a encontraram embotada em 27,7%, resultados que foram apurados pelo aparelho de Du Bois Reymond. (Bombarda, 1896, pp. 304–305)

<sup>83</sup> Mattoidismo é um termo utilizado por Lombroso que significa “imbecilidade genial”. (Ysern, 2004, p. 68)

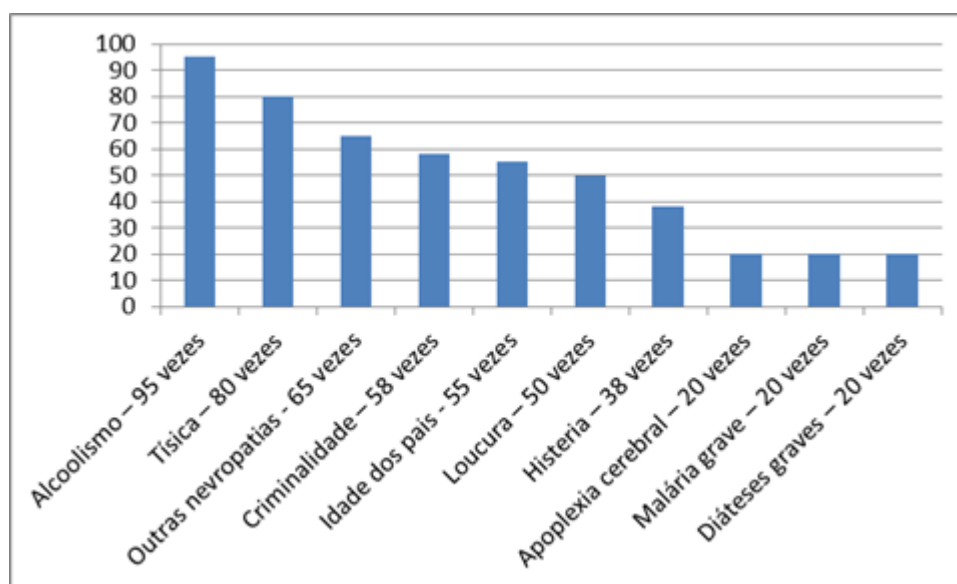


Gráfico 4 – Hereditariedade de 215 criminosos com muitas notas graves (Bombarda, 1896b, p. 300)

A propósito desta obra de Miguel Bombarda podemos constatar que ela mostra outro peso da estatística, como forma de manejar os dados científicos, não apenas pela quantidade que é trazida para a discussão, como também pela qualidade desta. De facto, Bombarda já tem a noção da diferença de amostras de grandes e pequenos números, dizendo até que a primeira pode ser ilusória por se incluírem indivíduos com critérios mais largos. Mostra um domínio dos conceitos (*galtoniano* e *peirciano*<sup>84</sup>, respectivamente) de “desvio do normal” e de “interferência do observador”. Finalmente utiliza dados provenientes de uma investigação própria – tendo provavelmente reunido doentes de Rilhafoles, uma vez que “eram criminosos afectos de loucura” — para os inserir numa discussão crítica.

#### *A obra de António de Sena*

António Sena nasceu numa aldeia do concelho de Seia, em 1845. Foi bacharel em teologia pela Universidade de Coimbra, transitando depois, após breve passagem pela matemática, para a Faculdade de Medicina, deixando-se influenciar pelo positivismo. Doutorou-se com um trabalho de bioquímica, *Análise espectral do sangue*, ocupando depois a cátedra de

---

<sup>84</sup> C. S. Peirce tinha já alertado para a interferência do observador no objecto estudado, o que esteve na base dos estudos randomizados. (Peirce, 1884, pp. 73-83)

fisiologia, como faria também Miguel Bombarda, relação notada por Barahona Fernandes (Pichot & Barahona Fernandes, 1983, p. 255). Aos 33 anos, viajou pela Europa conhecendo entre outros, Charcot e Meyner, em França. Dedicou-se ao estudo histológico do cérebro e dirigiu, desde a fundação, o Hospital Conde de Ferreira, em 1883. Foi deputado e Par do Reino. Foi responsável em 1889 por um novo regime prisional para os doentes criminosos, com a criação de anexos psiquiátricos nas cadeias, obrigatoriedade de exames médicos a infractores suspeitos de doença mental, fundos de beneficência pública aos alienados e proibição de estabelecimento em determinadas actividades comerciais (Coelho, Barbosa & Palha, 2007, p. 104, Pichot & Barahona Fernandes, 1983, p. 257, Lopes & Rodrigues, 2009, p. 135). Sena lutou pela existência de um sistema de assistência psiquiátrica em Portugal. Eleito par do Reino em 1887 elaborou um projecto de lei aprovado no ano seguinte que visava criar novos asilos aquém e além-mar e que, apesar de nunca regulamentado na íntegra, norteou os serviços psiquiátricos até aos anos 60 do século XX. Morreu após doença inesperada, mas galopante, aos 45 anos (Mota Cardoso, 2003, pp. 27–61). Em 1884 publicou *Os Alienados em Portugal – História e Estatística*, que fora editado sucessivamente ao longo desse ano nos números do periódico *A Medicina Contemporanea*. Em 1895 publicou a segunda parte, *Os Alienados de Portugal — Hospital Conde de Ferreira*. (Lopes & Rodrigues, 2009, p. 136)

*A Medicina Contemporanea* era uma revista hebdomadária que se destinava à difusão de actualidades médicas para um público especializado. Foi de início dirigida por Miguel Bombarda e do seu corpo redactorial faziam ainda parte: Bento de Sousa (presidente), António Sena, Bettencourt Raposo, Carlos Tavares, Curry Cabral, Ferreira de Matos, J. A. Serrano, Oliveira Feijão, Sousa Martins e V. de Saboya. Para além de artigos originais de autores portugueses incluía resumos sobre artigos publicados em revistas estrangeiras, geralmente francesas, inglesas, alemãs ou italianas. A cobertura temática era generalista versando também a história da medicina portuguesa. Registava-se ainda uma minoria de artigos sobre assuntos corporativos e escassos são os artigos em que a estatística faça parte do pensamento dos articulistas. Ainda assim os poucos em que tal sucede são referências a artigos publicados na imprensa estrangeira. A excepção é a publicação dos artigos de António Sena nos 104 números correspondentes aos anos de 1883 e 1884. Há ainda a referir a presença em todos os números a partir do início de Julho de 1883 de uma tabela referente às principais cidades da Europa, Estados Unidos e Índia com o número de nascimentos, óbitos e causas destes, durante a semana anterior em um mês, a cada publicação. Porém nunca havia

qualquer comentário ou análise sobre a mesma, o que, de acordo com a teoria de Hacking poderia reflectir uma tendência ainda básica para o pensamento estatístico. Recorde-se que, segundo este autor foi no século XVIII que a estatística então nascente se preocupava em descrever por descrever sem a retirada de ilações eventualmente daí decorrentes. Por outro lado e ainda em linha com a posição de Hacking e também de Foucault, a contagem demográfica foi também uma das preocupações mais precoces no dealbar da estatística.

A obra de António Sena foi pois, durante esses anos, o principal contributo de natureza estatística para o conteúdo da revista. Ainda assim, nas poucas ocasiões em que é apontada qualquer tipo de estatística, esta é feita de forma esparsa e pouco rigorosa nunca constituindo o essencial do artigo. Entre 1883 e 1884, os restantes artigos publicados referem-se a referências de publicações estrangeiras. Todavia a referência à epidemiologia psiquiátrica é feita a partir da correspondência de António Sena que fala do movimento de doentes do Hospital Conde Ferreira. Como acima dissemos as principais excepções são as notícias epidemiológicas (trazidas de forma regular), relacionadas com epidemias de cólera no Oriente e no Egipto e de peste bubónica na Pérsia (ainda assim, nem sempre referindo números, por vezes, apenas “variações”, sem quantificação). De referir também a existência de relatos acerca de um epidemia de tifo em Manteigas, aqui com o número de óbitos e altas, o que é feito mensalmente de Janeiro a Maio de 1883. Curiosa é uma notícia sobre a discrepância dos dois boletins demográficos de Lisboa (um da responsabilidade da Câmara Municipal, outro do Governo Civil) contra a qual o autor se insurge. Também de interesse são dois artigos sobre temática psiquiátrica, um publicado a 19 de Agosto de 1883, com o título, *Grande Nevrose histérico-epiléptica agravada pelos banhos de mar e consideravelmente melhorada, senso curada, pelo brometo de potássio* e outro, a 21 e 28 de Outubro do mesmo ano, *Reflexões sobre o diagnóstico de Paralisia Geral nos Alienados*. O primeiro trata da descrição de um caso clínico por parte de um médico de Portel (F. França). Já o segundo, da autoria de Júlio de Matos (referido como médico adjunto do Hospital do Conde de Ferreira), critica a conceptualização de Bayle (o autor que descrevera a doença nos anos 20 do século XIX), no sentido em que este ligava o delírio de grandeza ao diagnóstico. Pelo contrário, Júlio de Matos, no referido artigo defende a existência independente das duas entidades, o que hoje, aliás, sabemos ser verdade.

Analisando apenas estes dois anos de publicação da revista constata-se que toda a medicina em Portugal e provavelmente no mundo não estava mais imbuída de pensamento estatístico do que a psiquiatria. A obra de Sena editada em 1885 reuniu todos os artigos

publicados em *A Medicina Contemporânea* e foi reeditada de novo em 2003. Trata-se do primeiro trabalho estatístico sobre o Hospital de Rilhafoles e divide-se segundo esta última edição em dois capítulos, tendo o primeiro, quatro partes, consistindo de uma introdução e outras três, respectivamente, sobre os alienados antes de 1848, depois dessa data e, finalmente, na situação coeva. Na primeira, o autor faz uma digressão histórica pela condição dos alienados ao longo do tempo, numa perspectiva positivista, com manifestações de esperança num futuro redentor expurgado do obscurantismo, proporcionado pelos avanços científicos e expondo a teoria explicativa mais corrente da época, a da degeneração<sup>85</sup>, mas sem negar o papel de factores ambientais, nomeadamente sociais (como, aliás, também fazia parte da teoria). Insurge-se ainda com a falha do ensino médico na área da patologia mental. Na segunda aborda a questão da falta de assistência aos alienados antes de 1848, ano da fundação do Hospital de Rilhafoles, acontecimento que inscreve na fecundidade cultural e científica trazida pela revolução francesa, não sem enaltecer o papel de Joaquim Bizarro na assistência aos doentes mentais no Hospital S. José e ao colega que se lhe seguiu a partir de 1844, António Ribeiro. Na terceira narra o desenvolvimento de Rilhafoles elogiando o seu director, Francisco Martins Pulido pela virtude do seu trabalho científico e administrativo. Realça a este propósito a qualidade científica do relatório enviado para o Enfermeiro-mor (acima referido) lamentando a ausência da publicação científica e referindo um segundo relatório que nem terá conhecido a luz do dia. Analisa também os relatórios de Guilherme Abranches entre 1862 e 1972 (estando um deles adiante mencionado), relatando que eles cessaram após esta data. Finalmente na quarta e última parte trata da situação, ao tempo, dos alienados não só em Rilhafoles, como nos hospitais gerais, nas casas de saúde e nas cadeias. Segue-se, na segunda secção, os elementos estatísticos sobre o Hospital de Rilhafoles. O segundo capítulo é dedicado ao Hospital Conde de Ferreira, abordando-se a sua história, descrição e regulamento.

Dado o objectivo desta tese abordaremos de seguida os aspectos do trabalho de António Sena que mais se prendem com a vertente estatística referente aos hospitais públicos, que, aliás, ocupam transversalmente toda a obra. Assim, na primeira parte, Sena elogia Joaquim Pedro Bizarro por ter sido o primeiro a utilizar a estatística na medicina portuguesa, o que terá levado a cabo, não apenas com intuito científico, mas também humanitário, uma vez que

---

<sup>85</sup> Segundo Mota Cardoso, (2008, p. 14) o surgimento e propagação da teoria da degeneração entre os alienistas da segunda metade do século XIX, deve-se ao contributo epistemológico das ideias evolucionistas e ao reforço político-administrativo do poder médico na regulação da loucura, permitindo consolidar a psiquiatria como medicina mental e social.

visava a melhoria das condições dos doentes. Terá percebido também que os métodos usados nas admissões dos doentes (por pouco rigorosos) e a precariedade das instalações (dificultando diagnósticos) limitavam os seus propósitos. Este último aspecto haveria de o levar, aliás, a pugnar pela construção de um hospital para alienados. Ainda assim, relata Sena, Bizarro publicou em 1838, no *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas de Lisboa*, alguns números referentes às doenças mentais nas duas enfermarias do Hospital S. José, (Sena, 2003, p. 96 — 100) recuperando e comentando os seus dados. Elogia o facto de aquele médico não considerar necessariamente que um doente com alta estava curado, reconhecendo a limitação da nosografia de então que o impediu de tirar mais conclusões. (Sena, 2003, p. 200) Comenta o facto daquela nosografia em relação à coeva, não incluir a melancolia (integrada naturalmente nas manias e monomanias (como preconizava, à época, Esquirol) e a paralisia geral. (Sena, 2003, pp. 199 — 200)

Aponta depois os toscos números de António Ribeiro publicados no jornal, *A Revolução de Setembro*, como sendo pouco esclarecedores para a retirada de ilações sobre a situação dos alienados em Portugal (Sena, 2003, p. 201). Insurge-se contra o atraso científico representado por esta tabela. Aponta igualmente que G. Marchand, director do asilo de alienados de Toulouse, de visita ao Hospital S. José, publicou os dados nos *Annales Médico-Psychologiques* e também referiu a má qualidade do trabalho, pelo facto de a divisão dos doentes se processar em termos meramente sintomáticos. Pergunta-se, em seguida (conforme transcrição de Sena), se os médicos portugueses não conhecerão a paralisia geral; pois que, pelas suas observações esta patologia seria até mais frequente aqui do que em França. (Sena, 2003, p. 202)

Faz ainda referência a Bernardino António Gomes que foi incumbido pelo Governo em 1843 de estudar a criação de um asilo no antigo convento da Luz e responsabiliza António Ribeiro que terá divergido deste projecto apresentando um outro “mais económico” no mesmo local, que parece ter agrado ao Poder<sup>86</sup>. De acordo com Sena, Ribeiro publica um “folheto”, em que duvida da supremacia do projecto de Gomes, que nesse mesmo ano faz a já referida viagem por outros países europeus e publica o seu livro *Dos Estabelecimentos de Alienados nos Principais Estados da Europa*, cuja recolha de dados Sena elogia. (Sena, p.

---

<sup>86</sup> De facto, os dois autores elaboraram dois projectos distintos reunidos na mesma publicação “Peças relativas à organização do edificio da Luz para um hospital d’ alienados” (1843, p. 5-15) Neste documento, Gomes acusa o projecto de Ribeiro de prever instalações demasiado exíguas, enquanto este acusa o primeiro de acalentar uma ideia assaz grandiosa.



108) O autor pensa mesmo que esta obra, que admite ter sido escrita por alguém (Gomes) desautorizado e desrespeitado, terá deitado por terra o projecto de Ribeiro, (Sena, p. 109) o que lança luz sobre a intolerância deste em relação a não ser convidado para o projecto de Rilhafoles (recorde-se que as primeiras doentes são transferidas para o novo hospital a 13 de Dezembro de 1848 e o seu artigo no jornal, *A Revolução de Setembro*, data do dia 1 do mesmo mês. De facto, Gomes recomenda a construção de dois hospitais psiquiátricos (no Sul e no Norte, cada um com capacidade para 100 a 150 doentes) e o aproveitamento de uma estrutura existente para o internamento de 500 a 600 incuráveis, para o que este clínico se baseou nos números de Joaquim Bizarro. Lamenta contudo que este estudo fosse ignorado pelo poder político, que decidiu (pelo Presidente do Governo de então, Duque de Saldanha) a instalação apressada dos doentes no antigo Convento de Rilhafoles. (Sena, 2003, pp. 107 — 112)

Já a propósito de Francisco Martins Pulido (1815-1876), primeiro director do Hospital de Rilhafoles, o autor enaltece o seu relatório de 1852 – que no capítulo precedente, resumimos – e lamentando que um segundo, de 1854, tenha desaparecido, dizendo que provavelmente o colega se insurgiria contra a degradação que começava a atingir o hospital. Daí que, acrescenta, Martins Pulido não mais tenha escrito qualquer relatório durante os 10 anos em que ainda dirigiu o hospital (cessou efectivamente funções em 1862, se bem que oficialmente só dois anos depois), não cumprindo mesmo os preceitos legais que o obrigavam a produzir um em cada ano, o que, curiosamente, não incomodou os poderes instituídos. (Sena, 2003, pp. 114-117)

Não menciona o relatório do novo director, Guilherme Abranches, a que acima aludimos, respeitante ao quinquénio 55-59. Cita antes um outro, efectuado em 1866 por uma comissão nomeada para o efeito, respeitante ao ano anterior e que teria surgido como resposta à inquietação crescente na opinião pública relativa à deterioração progressiva do hospital (não o encontrámos nos livros de ofícios expedidos, o que se explica pelo facto de a comissão ser exterior ao asilo). De acordo com António Sena, esta comissão anotou a sobrelotação do hospital (516 doentes quando fora planeado para 300), o que “compreendeu” pela acumulação de casos sociais, já que muitos (40) estavam clinicamente bem. Apontam também o facto de dois médicos – sendo que um era director, portanto competindo-lhe igualmente outras funções — não poderem assistir convenientemente aquela população. Na sequência destas conclusões, Guilherme Abranches propõe então à administração a construção de novos hospitais e a tentativa de Rilhafoles dar altas aos casos sociais (Sena,

2003, pp. 118 — 133). O autor refere seguidamente que este director elaborou relatórios a partir de 1868 tendo-o feito anualmente até 1872, ano em que cessaram definitivamente, mas que apenas teve acesso a estes, fora do Hospital de Rilhafoles (efectivamente na documentação que procuramos, não havia menção a qualquer destes). Refere que, no primeiro destes cinco anos, diminuiu ligeiramente a população (para 495 doentes), mas fala da ampliação do hospital, ideia que repetirá a propósito dos anos subsequentes. Há que notar, contudo, que nesses o rendimento do hospital aumentou porque cresceu proporcionalmente o número de pensionistas (o total das quantias pagas por estes subiu de 12.276\$854, em 1866, para 16.752\$660, em 1871, como apontou Abrantes). Entretanto, manteve-se a maior percentagem de doentes oriundos do distrito de Lisboa, desequilíbrio que se foi agravando com o passar destes cinco anos. (Sena, 2003, pp. 133-136)

Na quarta parte do livro, António Sena começa por indicar que aquando da sua última, visita a Rilhafoles (Janeiro de 1883), estavam internados 509 doentes (257 homens e 252 mulheres). Descreve seguidamente as instalações das enfermarias referindo que numa sala onde é suposto alojar oito doentes, cada um destes, dispõe de 11,32 m<sup>2</sup> de área e de 11,19 m<sup>3</sup> de ar respirável, situação agravada pela ausência de ventilação e por ela ser destinada aos agitados de todas as classes sociais. (Sena, 2003, p. 141)

Após a descrição de mais alguns detalhes acerca dos aposentos, o autor refere que, para os 257 homens, há 19 empregados, tendo cada um, portanto, de prestar vigilância e assistência a 13 pacientes, com prejuízo para os de classes mais desfavorecidas, situação de que discorda, admitindo que isso se possa verificar noutras especialidades, mas não na psiquiatria. O mesmo se passa, acrescenta, em relação à insuficiência do pessoal médico, pois eles são apenas observados pelo director. Estas deficiências são extensíveis às enfermarias femininas, que têm no total 21 empregadas, também com semelhantes repartição por classes, sendo que todas são também servidas por um médico. (Sena, 2003, pp. 143–144) Alude ainda ao consumo de água em banhos (cerca de 201 por doente, número a que chegou pelo total de água consumida, descontando depois o consumido pelos empregados e doentes externos), que considera também insuficiente para uma boa higiene. (Sena, 2003, p. 166)

Por fim a concluir lamenta que o Hospital de Rilhafoles não se tenha alavancado como instrumento científico para o progresso da psiquiatria, nomeadamente por não tentar combinar os resultados da observação clínica com os das autópsias. Critica ainda a ausência desta disciplina no ensino médico, no que a escola de Lisboa poderia ser pioneira visto

dispor, na cidade, de um hospital para alienados. Relata ainda as condições ainda mais desumanas do “porão” do Hospital de St.º António, no Porto, para onde bastava alguém remeter um doente, dizendo-o alienado, para que ele ficasse retido naquelas enfermarias do subsolo da instituição. (Sena, 2003, pp. 168–169)

Na secção dedicada à estatística Sena propõe-se averiguar a verdadeira dimensão do problema dos alienados em Portugal e a sua distribuição por classes sociais. Para o efeito resolve elaborar uma estatística. Porém, antes de a expor, refere que a linguagem estatística não é uniforme. Assim enquanto alguns autores se referiam a quantos por cem, outros a quantos por mil e outros ainda a quocientes pela população geral. Resolve adoptar o sistema de quocientes em que, por exemplo,  $p$  representa a população e  $n$  o número de alienados,  $p/n$ , representa o coeficiente de alienação, mas em que coloca depois o 1 como numerador para facilitar a compreensão de diferentes coeficientes. No caso teremos então,  $1/p/n$ . (Sena, 2003 p. 198)

O autor analisa então os cálculos efectuados por Martins Pulido para obter o número de alienados existentes no distrito de Lisboa, que lhe permitiu chegar ao número de 1708 alienados no país, com a consequente conclusão de que havia um alienado por 1775 habitantes (exposto no capítulo precedente). Mas discorda da metodologia por esta considerar que dois terços dos alienados do distrito de Lisboa se encontram internados em Rilhafoles. De facto, em seu entender, a repulsa da população pelas antigas enfermarias de S. José levou a que muitas famílias continuassem a reter os alienados em casa; que a dificuldade dos transportes concorreu para que houvesse menos internamentos das zonas rurais e, que a menor representação das classes média e superior mascarou também os números. Critica também a projecção feita para outros distritos por partir do pressuposto que a população é etnográfica e nosograficamente homogénea, sobretudo nos anos em que o estudo foi efectuado, quando as comunicações eram mais difíceis e permitiam, pois, a manutenção de nichos de doença, fixados pela hereditariedade e pelas condições de vida. Porém elogia globalmente o trabalho de Martins Pulido até por ser o primeiro do género em Portugal. (Sena, 2003, pp. 203-209)

Em contrapartida, Sena referiu que Guilherme Abranches se limitou ao estudo estatístico do hospital, nada averiguando acerca da epidemiologia psiquiátrica do país. Mas permite-se inferir algumas conclusões a este respeito. Assim, se naqueles anos do mandato de Abranches, o distrito de Lisboa representou  $5/6$  dos alienados do país, o coeficiente médio de

alienação foi aí de 1/1271 (calculado a partir do censo populacional de 1864), o que implicaria a existência de 3421 doentes no continente. Reconhece contudo que este número é alimentado, mais uma vez, à custa sobretudo, dos indigentes, mas que mostra a necessidade de maior cobertura assistencial. Pela nosografia deixada por Guilherme Abranches, considera haver um predomínio das formas expansivas (delírio agitado maníaco e delírio sistematizado monomaníaco) em detrimento das formas melancólicas. Acha impensável a quase ausência de paralisias gerais, responsabilizando os alienistas portugueses por só valorizarem os aspectos psíquicos e esquecerem os somáticos. (Sena, 2003, pp. 209-210) O psiquiatra português refere-se depois à compilação do número de alienados (de nascença e não de nascença) por distrito (excluindo as Ilhas Adjacentes), levantamento que terá sido efectuado aquando do censo populacional de 1878. Entre os alienados de nascença consideraram-se os surdos-mudos, os surdos, os mudos, cegos e idiotas, mas na sua análise o autor apenas considerou a última condição por, provavelmente, as quatro primeiras não serem perturbações psiquiátricas de base (embora possam ter repercussões nesse campo). Não explica, no entanto, como foi feita (e por quem) a colheita dos dados. Critica, porém, os resultados a que se chegou, por acreditar ser impossível que o distrito de Lisboa tenha menos alienados que os outros e que a cidade tenha até menos que os internados, do resto do distrito, em Rilhafol. O facto de ser maior o número de idiotas que o dos outros alienados do distrito de Lisboa, é também, contraditório, pois a maioria dos internamentos dá-se à custa dos últimos, acrescenta. E socorre-se de uma nota oficial, deixada pelo chefe da repartição de estatística (Conselheiro Palmeirim), que refere ter percebido que o número de idiotas era excessivo mas que já nada podia fazer, pois já estavam ultimados os trabalhos do recenseamento, com os seus funcionários despedidos e remunerados. O viés terá nascido da confusão que estes fizeram entre idiota e analfabeto, pois o dicionário dava-os como sinónimos. (Sena, 2003, pp. 210-215)

As falhas deste censo levaram António Sena a tentar, ele mesmo, um levantamento estatístico sobre a alienação mental em Portugal, respeitante aos anos de 1881 e 1882. Sobre o assunto, começa por afirmar que sendo a alienação uma doença, só pelos médicos pode ser estudada, exemplificando com o que se passa nos outros países, onde o problema é seriado periodicamente. Com esse intuito resolveu então expedir para médicos de todos os concelhos do continente uma circular da sua autoria que aqui, em parte, reproduzimos, (Sena, 2003, pp. 215-216) juntamente com uma tabela a preencher (Figura 1). Esta tabela foi então dirigida a 500 médicos de partido (nomeados pelas câmaras municipais e que tinham também funções



profícuo que o de dirigir-me a todos os colegas, que exercem clínica nos diferentes concelhos, solicitando deles o particular favor de encherem a tabela que vai inclusa, juntando-lhe as observações que julgarem dignas de mencionar-se na história dos alienados recenseados<sup>88</sup>.

Surgiu resposta de quatro distritos: Leiria, Porto, Viana do Castelo e Vila Real. Perante nova tentativa, agora junto dos secretários-gerais dos restantes distritos, inquirindo se o pedido tinha dado entrada, todos (excepto o de Lisboa) responderam positivamente a dizer que efectivamente o pedido existia, só que os médicos não lhe tinham correspondido. O autor explica seguidamente que as dependências eleitorais dos diversos poderes eram provavelmente a causa de tamanha tolerância à não obediência. (Sena, 2003, pp. 218-221)

Esta recolha durou um ano, de Novembro de 1881 a Novembro de 1892, o que desde logo confere uma discrepância temporal ao inquérito, embora minorada por esse tempo ser curto e de muitas doenças serem crónicas (factos reconhecidos pelo próprio). Com todas estas limitações, os concelhos mais bem estudados acabaram por ser Gondomar, Paredes, Penafiel, Póvoa de Varzim e Vila do Conde, todos pertencentes ao distrito do Porto. Nestes, o coeficiente médio de alienação foi de 1/705, o que projectado para todo o distrito resulta num cálculo de 670 doentes, o dobro do estimado no censo. O próprio Sena admitiu, todavia, a falibilidade deste método, devido à heterogeneidade das populações, apesar de partilharem aparentemente o mesmo ambiente. Recorda contudo que este é mais variável do que se julga relembrando os casos de pessoas que por razões constitucionais, nutricionais ou educacionais, caem mais facilmente na doença mental. Ainda assim considera que os números estão provavelmente abaixo da realidade por os médicos não terem acesso à maioria da população (Sena, 2003, p. 222-225). Iguais ilações foram tiradas (a despeito da incompletude dos registos) para os distritos de Braga (388 doentes), Viana do Castelo (323 doentes), Vila Real (218 doentes), Aveiro (315 doentes), Leiria (316 doentes), Coimbra (381 doentes), Santarém (460 doentes), Évora (161 doentes), Viseu (291 doentes) e Portalegre (134 doentes). (Sena, 2003, p. 226-247) Ainda mais reduzida foi a colaboração respeitante aos distritos de Lisboa, Beja, Guarda, Castelo Branco, Faro e Bragança. Acrescentou alguns relatos de médicos que neste levantamento colaboraram, em que por vezes se referia a dificuldade deste trabalho, pois em muitas aldeias raramente se chamava um médico para tratar dessas doenças. O que se explicaria fosse por se recorrer de preferência a práticas mágico-religiosas ou por se inferir

---

<sup>88</sup> Sena, 2003, p. 216.

desde logo a incurabilidade do mal e, portanto, tal ser considerado despiendo. Outros referiram ainda o melindre de se andar a indagar, de terra em terra, acerca da existência de alienados (Sena, 2003, p. 248-250). António Sena insurge-se depois contra os obstáculos que dificultaram esta sua acção referindo que a preocupação estatística deveria ser uma prática pública e do dia-a-dia e nunca, como acabou por ser, uma iniciativa individual e particular, ainda assim boicotada pelos poderes oficiais. Em todo o caso estimou que o número de alienados no Continente seria de 5999 (coeficiente de 1/724), o que admitiu ser certamente muito inferior ao real. Nesta sequência afirma que a fazer-se fé nestes números, bem como nos extraídos por Martins Pulido e depois por Guilherme Abranches, chegar-se-ia forçosamente à conclusão que a alienação mental tinha crescido assustadoramente nos últimos 50 anos, o que, reconhece, ir de par com a mesmos resultados que se poderiam extrair de igual metodologia nos outros países europeus, com o que permitiriam dramaticamente concluir pela decadência irreversível da raça. Todavia aponta que, dada a insuficiência real de dados estatísticos coerentes, não se pode concluir pelo aumento, diminuição ou estabilidade das patologias mentais, preferindo ater-se ao número coevo de alienados que, sublinha, à semelhança do que fizeram os dois citados directores de Rilhafoles, é inferior ao da maioria desses países, à excepção de Espanha (coeficiente 1/1667). (Sena, 2003, pp. 252–253) De facto, França (1/444), Inglaterra (1/365) e Austrália (1/417) apresentavam números superiores de alienação mental, o que, admite, pudessem não ser apenas desvantagem, dado o facto de a menor estimulação intelectual também poder ser responsável pelo diminuto número de doenças mentais. E nota que, se por um lado um país tiver à partida muitos alienados de que não cuide afincadamente, acaba por ver o seu número reduzir-se (pois consequentemente sobe a mortalidade). Por outro assiste à maior disseminação da doença pela procriação (dado o abandono dos doentes). (Sena, 2003, p. 254)

Com os elementos de que dispunha António Sena cruzou então alguns dados no sentido de poder apurar algumas conclusões epidemiológicas da alienação. Começou por se debruçar sobre a dimensão sócio-geográfica, dividindo o território do continente em litoral (L) e centro (C). Comparou depois os distritos, alinhados de Norte para Sul com três índices: a densidade populacional, a quota tributária (apenas característica de zonas com divisão semelhante de propriedade) e o coeficiente de alienação. Comparou depois estes mesmos elementos à custa do censo de 1878. Os três índices eram representados, respectivamente por:  $p/s$ ,  $q^{TM}$ ,  $1/p/n$ , sendo a situação geográfica indicada por L ou C. Assim, no gráfico elaborado à custa destes dados, a linha AB mostrava a densidade da população (que diminuía de Norte para Sul e do

litoral para o centro), A'B' a quota tributária (mostrava maior riqueza nos dois distritos mais importantes) e A''B'' o coeficiente de alienação (maior em Lisboa e os seus limítrofes e depois Viana do Castelo). Concluiu que a curva de alienação acompanhava a de densidade entre Viana do castelo e Viseu, sendo a partir de aqui divergentes (subia a primeira e descia a segunda), enquanto ia sempre de par com a de quota tributária. A''B'' era a curva de alienação do censo de 1878 (que corrigida de acordo com os erros conhecidos, mostrava a maior taxa de doença no distrito de Lisboa). Aliás, a curva do presente, mostrava, segundo o autor, os erros do passado. (Sena, 2003, pp. 255-259)

Quanto à distribuição por sexos os alienados domiciliados eram 1543 (947 homens e 696 mulheres). Contrastando esta distribuição com os números dos internados em Rilhafoles (257 para 252), o autor especula que a maior fatia do sexo masculino nesta condição se dá à custa dos vagabundos e dos mendigos, recordando que Martins Pulido já mostrara a maior frequência de alienação no sexo feminino, embora reafirme a insuficiência dos dados (Sena, 2003, p. 260). No que respeita à posição social apontou que o maior número de alienados era pobre (1047), sendo mais baixo o de remediados (317) e ricos (117), não explicando como definiu estes critérios, considerando que sendo a vocação dos hospitais de Rilhafoles e do Conde de Ferreira, sobretudo para a assistência dos primeiros, os últimos deviam estar sub-representados. (Sena, 2003, pp. 260-261)

A propósito do estado civil, Sena, apresentou 1116 solteiros, 193 casados e 70 viúvos. O acentuado maior número de solteiros não deu, de imediato, ao autor, a confirmação inequívoca da assunção – então existente nos meios psiquiátricos — de que era desses a mais forte prevalência de alienação, porque considerou a possibilidade de eles o serem por já serem alienados. Esta tendência prosseguia, era patente nos idiotas (a menos que sejam ricos) e naqueles cuja doença surgira antes da idade do casamento, acrescendo que o trabalho de investigação incidiu sobre os mais pobres (com menor tendência ao enlace). (Sena, 2003, pp. 261-262)

Relacionou o facto de a maioria das profissões ser representada por trabalhadores manuais, nomeadamente agrícolas e criados de servir, por estas estarem mais sujeitas às vicissitudes económicas. (Sena, 2003, pp. 262-263) Acerca da nosologia, o autor começou por vincar o notável peso da idiotia na estatística, relacionando-o com as más condições de vida no país. Explicou depois o reduzido número de melancolias pela sua inclusão nas monomanias e de



paralisia geral pelo seu desconhecimento pelos médicos, lamentando a lacuna do ensino da psiquiatria nas escolas médicas. (Sena, 2003, pp. 263-265)

Podemos ver que António Sena começa por anunciar, em relação ao seu trabalho a unificação da linguagem matemática, algo próprio de uma metodologia científica. Reconhece depois que o coeficiente de curabilidade é demasiado alto, no que se aproxima já do pensamento psiquiátrico internacional coevo. As suas interrogações seguintes sobre o número de doentes com paralisia geral fazem sentido, uma vez que o número era anormalmente baixo, em relação aos padrões europeus.<sup>89</sup> Ainda em relação aos grupos nosológicos alerta para o facto de a melancolia ainda não estar incluída<sup>90</sup>.

Passa então para a estatística apresentada por António Ribeiro, em 1848, rotulando-a de atrasada, dado que os diagnósticos regrediam ao nível do sindromático e, mais uma vez, insurge-se contra a escassez de diagnósticos de paralisia geral, já que pelas suas observações, é um diagnóstico frequente em Portugal.

Em relação à análise estatística de Martins Pulido, Sena critica-a pela retirada de ilações, baseada apenas em números, não levando em conta as condições do terreno, como as particularidades de determinadas zonas do país. Ainda assim, reputa este trabalho de superior ao de Guilherme Abranches, até por aqui se começar a assistir a um divórcio entre a medicina geral e a psiquiatria, por se esquecerem os diagnósticos somáticos (mais uma vez exemplificando com a paralisia geral) e a sua estatística se referir apenas a Rilhafóles, esquecendo o resto do país. Mais uma vez se verificou, portanto, que um esforço inicial não só não teve desenvolvimento, como sequer continuidade.

Sena reporta-se em seguida a um levantamento oficial da doença mental efectuado em Portugal, em conjunto com o censo populacional de 1878, lamentando a sua falta de qualidade metodológica, devida sobretudo à falta de qualificação dos funcionários, o que faz pensar que, ao contrário do sucedido à época, noutros países, não havia no nosso país uma profissionalização nesta área. Estas deficiências levaram-no a lançar, isoladamente, um levantamento estatístico da doença mental em Portugal, esbarrando contudo com o desinteresse e a falta de colaboração dos médicos. Resta saber, se esta inacção se deveu à

---

<sup>89</sup> O número de casos de sífilis tinha sofrido um grande incremento, em parte, devido às guerras napoleónicas (Shorter, 1997, p. 67), conflito a que Portugal não escapou.

<sup>90</sup> Na sua estatística Esquirol incluía a lipemania (melancolia) nas monomanias, sendo de pensar que Bizarro tivesse feito o mesmo.

falta de sensibilização para a importância daquele levantamento ou à conhecida apatia dos portugueses, radicada na debilidade da sociedade civil, no que respeita à prossecução de esforços colectivos promovidos fora da rede estatal. Não tendo, assim funcionado o poder estatal, de que exemplo, neste campo, era o governo prussiano, também não se desenvolveu a iniciativa individual, como referimos a propósito do caso britânico.

O trabalho de campo implicava uma contagem minuciosa a nível de lugares e freguesias, com um ou mais responsáveis por concelho. A ter sido conseguido, representaria um notável levantamento conducente ao apurar das necessidades assistenciais do país nesta área, até porque ao contrário das restantes especialidades médicas, em que o utente procura ajuda para o seu sofrimento, na saúde mental é inevitável um esforço do Estado em procurar os necessitados, sobretudo os que estão desprovidos de rede social.

Aproveitando os poucos dados de que conseguiu dispor, relata que, desde o tempo de Martins Pulido, o número de alienados subiu consideravelmente em Portugal. Todavia não esclarece por que razão tira esta ilação, uma vez que tinha considerado deficiente a metodologia daquele colega, socorrendo-se do facto de o “mesmo” se passar noutros países, valendo-se da teoria da degeneração, com que simpatizava (como vimos, esta teoria pressupunha o aumento crescente da doença mental). De facto, também acabou, se bem que possuindo amostras maiores, por proceder indutivamente, não sendo sensível (ou desconhecendo) à teoria de Galton, segundo a qual uma determinada característica se mantém estatisticamente estável na população.

As secções do livro de António Sena que acabámos de descrever mostram que a psiquiatria portuguesa da segunda metade do século XIX já tinha preocupações estatísticas e que, além de um mero levantamento epidemiológico, já se produziam algumas reflexões neste campo, embora com escassas implicações nosológicas. Aquelas reflexões incidiam sobretudo na metodologia empregue e nos enviesamentos através dos quais os resultados podiam ser condicionados. Não havia pois um papel puramente passivo na aceitação dos resultados numéricos, visto já haver um questionamento activo das várias possibilidades de explicação dos mesmos.

Aparentemente, às duas verdadeiras tentativas de lançar um trabalho estatístico aprofundado (primeiro de Joaquim Bizarro e depois de Martins Pulido) sucederam-se períodos em que este trabalho regrediu (António Ribeiro) ou não teve continuidade (Guilherme Abranches). De facto tendo Joaquim Bizarro lançado as bases para o estudo

estatístico da psiquiatria e, talvez até, da medicina em Portugal, arrumando já os doentes nas categorias nosográficas aceites internacionalmente, António Ribeiro, ainda que mantendo algum labor estatístico, voltou a uma categorização baseada numa observação empírica superficial e meramente sintomática, apenas útil para o alojamento dos doentes (ainda hoje, aliás, parcialmente usada, nessa perspectiva), mas insuficiente em termos de programação terapêutica e da própria intenção epidemiológica. Por sua vez, o trabalho pormenorizado de Martins Pulido, não teve também continuidade com Guilherme Abranches que se limitou a ser um mero relator estatístico do Hospital de Rilhafoles. Ainda que nos relatórios de Martins Pulido escasseassem conclusões científicas resultantes da própria estatística, havia um desenho do estudo, a propiciá-lo, já que se analisavam, por exemplo, cruzamentos de dados. Havendo, por seu turno, ilações mais metafísicas e de ordem especulativa, não provenientes obviamente da análise estatística, antes se baseando em doutrinas pré-científicas por vezes com cunho moralista, estava-se contudo mais próximo de uma aproximação intelectual à ciência do que quando, em tempos posteriores, se sucedia um mero relato numérico.

#### *A obra de Júlio de Matos*

Júlio de Matos era natural do Porto e irmão da mulher do Presidente da República, Teófilo Braga, que exerceu o cargo entre Maio e Outubro de 1915. Licenciado em Medicina pela Escola Médico-Cirúrgica do Porto, em 1880, era um republicano ultra-liberal, (Morgado Pereira, 2006, p. 8), positivista e defensor da teoria da degeneração. Aliás, Barahona Fernandes defendia que o positivismo haveria de marcar a psiquiatria portuguesa até Sobral Cid (Pichot e Barahona Fernandes, 1983, p. 239). Implementou o ensino da psiquiatria na universidade, sendo professor da disciplina nas Faculdades de Medicina do Porto e de Lisboa. Foi director do Hospital Conde Ferreira, passando depois para a direcção do Hospital de Rilhafoles, após o assassinato de Bombarda, exercendo o cargo até à sua morte. Como principal campo de interesse, empenhou-se nos estudos forenses, tendo igualmente sido professor da cadeira de psiquiatria forense no curso superior de medicina legal de Lisboa. Colaborou ainda em várias revistas de índole científica, filosófica e literária, algumas dirigidas por Teófilo Braga, a *Era Nova* e *Revista de Estudos Livres*. Deixou como publicação mais importante, em termos psiquiátricos, além do *Manual de Doenças Mentais* que analisaremos de seguida, *A Paranóia*, escrito em 1898. (Matos, 1898)

O *Manual da Doenças Mentais* é o único compêndio de psiquiatria português do século XIX pois aborda a totalidade da disciplina, ao invés de se focar em patologias particulares. Trata-se até de um dos poucos manuais de psiquiatria de um autor português, durante toda a história da especialidade. O livro, cujo conteúdo científico estará hoje datado, divide-se em três partes: patologia geral (em que se abordam os sinais e sintomas das doenças mentais), patologia especial (em que são descritas as principais doenças da especialidade) e medicina legal (em que é focada a problemática forense que pode envolver cada uma delas). Cada parte está dividida, por sua vez, em vários capítulos, estando cada um seguido de referências bibliográficas.

Focaremos sobretudo a análise etiológica efectuada por Júlio de Matos e o tipo de descrição dos sintomas, por elas permitirem situar o autor no contexto da psiquiatria internacional coeva. No prefácio, o autor lamenta a ausência de ensino universitário da psiquiatria, bem como a escassez da literatura portuguesa sobre o tema, lacunas que se propõe suprir com esta obra que segue, segundo o próprio, um modelo etiológico-sintomático. Na primeira parte adverte que a divisão das causas determinantes da doença em físicas e morais carece de rigor científico, pois a sua etiopatogenia é semelhante. Em relação às causas predisponentes sublinha a importância da hereditariedade, citando autores franceses que afirmam ter encontrado este factor em 9/10 dos alienados e implica a degeneração na sua origem. Fala da personalidade pré-mórbida já alterada dos alienados, bem como em anormalidade físicas, semelhantes às descritas por Lombroso. Aborda a questão da consanguinidade, citando Esquirol e referindo os exemplos da aristocracia e dos judeus. Situa a principal incidência da loucura entre os 20 e os 50 anos. Desvaloriza o papel do alcoolismo (que, diz, até pode ser consequência e não causa das doenças mentais) em Portugal, por ser de pouca monta, opinando que tal se deve à parca oferta e à ausência de miséria pela falta de grandes centros industriais. Atribui à amenidade do clima, a escassez de grandes agitações, em contraste com o Norte da Europa. Cita dados estatísticos de hospitais estrangeiros para referir a maior taxa de admissões no início do Verão e no Outono.<sup>91</sup> Atribui ao excesso de crença religiosa, o aumento das doenças mentais, responsabilizando, no nosso país, as missões jesuíticas, conferindo também importância às convulsões político-sociais. Nas profissões aponta os militares como especialmente atingidos, bem como os profissionais liberais (pelos conflitos permanentes) e os jornaleiros e rendeiros (pela miséria). Em relação

---

<sup>91</sup> Estes dados estão parcialmente conformes aos conhecidos actualmente, devido aos agravamentos primaveris da doença bipolar.

ao estado civil volta novamente à estatística estrangeira para referir que os solteiros e viúvos são à loucura mais atreitos, embora manifeste dúvidas em termos do sentido da relação causa — efeito. Considera a educação bem estruturada um factor protector criticando o sistema de ensino por exigir precocemente dos jovens, desempenhos intelectuais e físicos (caso da ginástica) para os quais cérebro e corpo ainda não estão preparados. Finalmente aborda a questão do contágio, mencionando os trabalhos de Lasègue, Falret e Regis, aludindo a que o contagiado é sempre intelectualmente mais fraco e passivo que o contagiador<sup>92</sup> (Matos, 1884, pp. 13–26). Para as causas determinantes de ordem física o autor pressupõe o traumatismo craniano e a insolação como factores importantes. Já no que toca às causas morais sublinha as emoções vivas e a detenção carceral. Ambas, segundo ele (citando Maudsley), actuam por alteração da circulação cerebral. (Matos 1884, pp. 26–29)

Na apresentação psicopatológica refere-se primeiramente aos sintomas intelectuais: alterações da atenção, memória, associação de ideias, perturbações da noção de personalidade e perturbações do juízo. A respeito destas cita Comte, para depois dar alguns exemplos. Passa depois para os sintomas afectivos, falando dos desvios emotivos (que crê ser quase sempre a base de toda a loucura). A propósito dos sintomas volitivos, refere o enfraquecimento da vontade, os impulsos e outras alterações do comportamento. Aborda em seguida os sintomas físicos como a exaltação o enfraquecimento e a perversão da sensibilidade (auto-mutilações), bem como os sintomas vegetativos acompanhantes da alienação. Seguidamente descreve os sintomas psico-sensoriais – ilusões e alucinações – com definições já muito próximas da actual conceptualização. Finalmente traça a evolução da loucura encarando-a como um todo, não destringendo formas nosológicas particulares. (Matos, 1884, pp. 30–55)

No capítulo referente à anatomia patológica nomeia algumas alterações encontradas *post-mortem* nos cérebros dos doentes (Matos, 1884, pp. 56–61). A riqueza anátomo-patológica dos pacientes de então, diz, teria a ver com o facto de se incluir na psiquiatria muitos casos que passaram a ser do foro da neurologia ou até da infecciologia. Aliás, no capítulo seguinte, respeitante à classificação, no que diz seguir o modelo etiológico-sintomático de Morel,

---

<sup>92</sup> Júlio de Matos refere-se certamente à descrição da *folie à deux*, feita por aqueles autores, em que estas características são definidas. (Lasègue & Falret, 1877, pp. 321–355).

aumentado por Ball,<sup>93</sup> lamenta que toda a psiquiatria não se possa fundar na anatomia patológica, pois só assim ela seria verdadeiramente científica.

No capítulo dedicado ao prognóstico salienta a dificuldade em ter certezas em relação ao tema, pelo facto de as estatísticas em geral apresentarem resultados muito díspares em termos da curabilidade (que vão de 32% a 20% “ou menos”). Explica o facto pela diferente proveniência das estatísticas referindo que as hospitalares reportam sempre taxas mais altas que as civis (citando Luys e Marcé), o que interpreta como resultante de nas primeiras se considerar oficialmente curado o indivíduo com alta enquanto nas segundas se acompanhar o doente no dia-a-dia e, assim, se poder constar oscilações no seu estado.<sup>94</sup> Reporta ainda que nalguns hospitais se excluem à partida os doentes que se sabe serem incuráveis, como aqueles com idiotia e paralisia geral, pugnando por isso, por uma uniformidade dos métodos estatísticos. (Matos, 1884, pp. 68–69)

Depois de dar estas patologias como incuráveis coloca as restantes como dependentes de circunstâncias variadas: idade (melhor o prognóstico, consoante a maior precocidade); início (mais favorável quanto mais súbito); cultura (mais benigno, conforme se trate de um sujeito mais diferenciado e reflexivo), tempo de evolução (mais vantajoso quando aquele é menor), natureza do delírio (melhor quanto menos generalizado e sistematizado) e forma do delírio (mais propício nas depressivas que nas expansivas)<sup>95</sup> (Matos 1884, pp. 69–70). A propósito do tratamento refere-se em primeiro lugar à profilaxia, reclamando, como medida fundamental, a necessidade de evitar as relações sexuais entre alienados, devido ao risco hereditário, não pela proibição do casamento, mas do aconselhamento – pelo médico, não coercivamente pela lei – da não concubinação entre parceiros afectados (caso isso não fosse conseguido, pelo menos da não reprodução). Pugna também pela melhoria educativa, não só em termos intelectuais e físicos, mas também no sentido de refrear inclinações viciosas (Matos, 1884, pp. 72–74). Quanto ao tratamento moral, Júlio de Matos defende que, sendo impossível o tratamento pelo raciocínio, apenas resta o castigo<sup>96</sup> que resume ao isolamento e

---

<sup>93</sup> Persegue-se hoje a mesma tentativa, não principalmente em termos anátomo-patológicos, mas sobretudo através de outros marcadores biológicos, que vão desde a genética à neuropsicologia.

<sup>94</sup> Veremos, no entanto, a propósito das estatísticas de Rilhafolles, que nem todos os pacientes com alta são dados como curados.

<sup>95</sup> Destes factores, consideram-se hoje sobretudo, a rapidez de início e, nalgumas situações, o tempo de evolução.

<sup>96</sup> Na altura a psiquiatria tinha quase exclusivamente a seu cargo, doentes afectos de psicose (se não contarmos com os portadores de patologia orgânica), pacientes que, por definição, são inacessíveis à argumentação lógica.

trabalho. No que concerne ao tratamento médico, preconiza os banhos e duches, o emprego de estimulantes (vinhos generosos), sedantes e opióides. (Matos, 1884, pp. 71–83) Em termos dos meios de contenção mostra-se moderado e parcimonioso tanto em relação aos adeptos da repressão sistemática, como aos do *no-restraint*. (Matos, 1884, p. 86)

Na segunda parte do livro procede à descrição das várias doenças mentais, seguindo a classificação exposta na figura 2, detalhando a descrição sintomática, evolutiva, terapêutica e prognóstica. Significativamente, enquanto para a terapêutica das doenças funcionais, apenas nomeia os fármacos adoptados, já no que toca às doenças orgânicas, resume as doses preconizadas. (Matos, 1884, pp. 99–296)

A terceira parte da obra versa acerca das situações em que o médico intervém como perito na constatação do estado mental de um doente, nas situações de sequestração por motivos securitários, de interdição e de validade dos actos cometidos. Por fim regista a legislação do Código Penal, no que respeita às relações entre o crime e a loucura, bem como a simulação desta. (Matos, 1884, pp. 297–382)

Neste compêndio Júlio de Matos mantém-se na linha da psiquiatria francesa em termos classificativos embora não esteja ancorado na teoria da degeneração (que, aliás, começava a perder adeptos) como Miguel Bombarda, antes mantendo a esperança na anatomia patológica para fundar cientificamente a psiquiatria. Efectivamente, apesar de continuar a apontar os mesmos factores etiológicos para a origem das doenças, que aquela teoria já admitia, não existe a preocupação de os envolver numa teoria explicativa. Aliás, mesmo declarando a sua filiação científica em Morel, fá-lo sobretudo em termos classificativos e de diagnóstico. Já se distingue deste, no entanto, por considerar o diagnóstico de loucura circular que aquele rejeitara.

## FORMAS NOSOLÓGICAS

I. Ymanicas.....	1. Delírios generalizados.....	melancolia mania excitação maniaca loucura circular.
	2. Delírios parciais	delírio de perseguições lypèmanía erótica demonomania loucura da duvida dipsomania megalomania erotomania theomania.
II. Organicas.....	Delírio agudo Demencia Paralysia geral.	
III. Nevropathicas .	Loucura epileptica » hystérica » choreica » cataleptica » na paralysia agitante.	
IV. Toxicas .....	Loucura alcoolica » saturnina.	
V. Sympathicas ...	Loucura genital » puerperal » cardiaca.	
VI. Diathesicas ....	Loucura tuberculosa » rheumatismal » syphilitica.	
VII. Morphologicas .	Fraqueza de espirito Imbecilidade Idiotia Cretinismo.	
VIII. Sem delírio.....	Loucura lucida.	

5

Figura 2 – Classificação de Júlio de Matos<sup>97</sup>

Mostra uma actualização em termos científicos, em relação aos últimos desenvolvimentos internacionais, como atesta a referência que faz aos delírios partilhados, que tinham sido descritos sete anos antes, por Lasègue e Falret. Por outro lado, já confere aos sintomas das doenças afectivas uma dimensão psíquica e não apenas motora, na linha do que fizera Griesinger, em 1867. (Griesinger, 1867, p. 225)

Há um predomínio das referências bibliográficas francesas não existindo nenhuma referência aos trabalhos dos autores alemães Hecker e Kahlbaum (a psiquiatria alemã começava então a despontar e a destronar a psiquiatria francesa), que já tinham descrito, respectivamente a hebefrenia (1871) e a catatonia (1874). Há ainda algumas referências ao

<sup>97</sup> Matos, 1884, pp. 64-65.



britânico Maudsley, referentes ao seu livro de 1867, *The Pathology and the Physiology of Mind*. (Maudsley, 1867) As referências estatísticas são esparsas e dizem sobretudo respeito à evolução das doenças. As fontes a que se reporta são estrangeiras, embora se limite a citá-las nominalmente, não as apresentando em detalhe. Não recorre em momento algum à casuística do Hospital de Rilhafoles (o Hospital Conde Ferreira tinha sido inaugurado no ano anterior à publicação do livro).

A obra, *A Paranoia. Ensaio Pathogenico sobre os delírios Systematisados* é quiçá a obra mais importante de Júlio de Matos, por ser a menos datada, isto é, a que mais se aproxima do pensamento actual sobre uma entidade nosológica, no caso, também agora conhecida por perturbação delirante<sup>98</sup>. Barahona Fernandes, apesar de o considerar como positivista, diz que nesta obra, Júlio de Matos já se aproxima mais do método subjectivo da psicopatologia. (Pichot & Barahona Fernandes, 1983, p. 239) O livro é composto de duas partes. Na primeira, com o título de história dos delírios *systematisados*, o autor traça as principais linhas de pensamento sobre o conceito de delírio sistematizado (eventualmente mais largo que o de paranóia) desde a Antiguidade até aos pensadores coevos no que, aliás, se mostra bastante actualizado; na segunda, expõe o essencial acerca da caracterização clínica do quadro de paranóia, recorrendo sobretudo às concepções alemãs (Griesinger, Westphal e Kraepelin), que ao longo do século XX vieram a revelar-se preponderantes em termos do consenso psiquiátrico internacional. (Matos, 1998). Regista-se apenas uma referência estatística quando aborda o trabalho de Laségue no domínio dos delírios sistematizados, citando os seus dados que remetem para uma maior preponderância no sexo feminino e com maior tendência ao início entre os 35 e os 50 anos (em ambos os casos sem quantificar). (Matos, 1998, p. 8)

Tendo já feito referência a Morel e ao seu compêndio de 1860 e se compararmos estas publicações portuguesas com mais três tratados sobre psiquiatria, um francês, de Esquirol, ainda anterior ao início do nosso período de estudo (1838), outro, britânico, situado sensivelmente a meio desse tempo (1867) e finalmente um alemão, praticamente contemporâneo dos últimos livros acima analisados, o Tratado de Psiquiatria de Kraepelin

---

<sup>98</sup> Ainda que não sejam sinónimos, já que a ideia de paranóia aponta mais para uma concepção dimensional, enquanto a de perturbação delirante encerra uma noção categorial.

(1896),<sup>99</sup> por vezes considerada a obra fundadora da psiquiatria clássica contemporânea, poderemos tirar algumas conclusões relevantes.

Esquirol, monárquico por convicção, foi o sucessor de Pinel (mítico herói revolucionário) na liderança da psiquiatria francesa. Foi autor de um compêndio que dominaria conceptualmente a psiquiatria internacional durante boa parte do século XIX e foi também importante em relação às pontes que estabeleceu com os sistemas de justiça e administrativo (casos da lei de saúde mental de 1838 e do planeamento dos serviços para todo o território francês, do mesmo ano). Destacou-se ainda pelos planos de teor arquitectónico que desenhou para os hospitais psiquiátricos.

O compêndio *Traité des Maladies Mentales*, escrito em 1838, está dividido numa primeira parte respeitante a sinais e sintomas, uma segunda dedicada à descrição das doenças e uma terceira referente à estatística e aos aspectos legais da psiquiatria. No início da terceira parte, Esquirol realça a importância da estatística em Medicina, criticando os médicos que não a consideram. Pois só ela, prossegue, repara os erros traiçoeiros da memória, com a possibilidade da experiência. Para além disso confere à medicina o estatuto de ciência com princípios fixos e não meramente vaga e conjectural. Mas defende que os dados, para serem fiáveis, têm de ser recolhidos por médicos e não por quaisquer outros funcionários. Elogia, a propósito desta nova mentalidade, Pinel, (Esquirol, 1838a, p. 447) bem como os que o seguiram, nomeadamente, o americano Rush. (Esquirol, 1838a, 537) Considera ainda que a riqueza da estatística reside também na comparação de números de diferentes regiões sujeitas a influências ambientais diversas o que permite discorrer acerca das causas das doenças. E recorda que no asilo que dirige, Charenton, onde se internam pessoas de todas as classes, idades e sexos, se elaboram anualmente registos estatísticos. (Esquirol, 1838a, pp. 666-668)

Mostra, em seguida, a tabela referente às admissões entre os anos de 1826 e 1833, divididos pelos doze meses, concluindo que elas são mais frequentes no Verão e menos frequente no Outono<sup>100</sup>. Em relação à tabela de idades, que exhibe seguidamente, refere que é maior a percentagem, em geral, de doentes entre os 30 e os 35 anos; que nos homens a maior frequência é entre os 25 e os 30 anos e nas mulheres, entre os 30 e os 35 anos (o que lhe

---

<sup>99</sup> Kraepelin, E, 1896. *Psychiatrie - Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. 5., vollst. umgearb. Aufl. Leipzig: Barth.

<sup>100</sup> Os dados actuais são inversos, registando-se maior número de admissões no Outono e Primavera.

permitiu concluir que a loucura é mais prematura nos homens<sup>101</sup>); que a doença decresce a partir dos 50 anos<sup>102</sup>. Entretanto, mostra como os dados de três asilos, Bicêtre, Salpêtrière e Charenton (perfazendo 12869 indivíduos, que escalou etariamente), possibilitam concluir que a diminuição da doença nas idades tardias se faz em progressão geométrica; que há uma diminuição a partir dos 40 anos, mas apenas em valor absoluto, já que a doença aumenta de forma inversamente proporcional à diminuição da população, efeito que se acentua até aos 80 anos, devido à demência senil (Esquirol 1838a, pp. 673-675). Em termos dos sexos, nota que a proporção é de 3:2, a favor dos homens, o que admite ser causado pela maior admissão de militares, não especulando sobre as razões deste fenómeno<sup>103</sup>. Admite apenas que o facto de haver mais admissões gratuitas nos homens pode favorecer esta predominância. (Esquirol, 1838a, p. 676)

No que diz respeito ao estado civil, constatou que os solteiros estão para o total de internados numa proporção de 1: 2,22; que os homens solteiros estão para as mulheres solteiras em 5:2; que os casados estão para o total em 1:2 e que, aqui, há pouca diferença entre sexos; que os viúvos (de ambos os sexos) representam 1:15 das admissões, mas com um maior número de mulheres. Explica o grande predomínio de homens solteiros por a doença os atingir mais cedo e já não chegarem a casar.<sup>104</sup> (Esquirol, 1838a, p. 678)

Em relação às profissões, os dados só abrangem 1624 pacientes, referindo o autor, que os proprietários e rendeiros representam 1/5 das admissões com predominância para os anos em que houve movimentações políticas mais importantes (1826, 1830 e 1831); que os militares estão numa proporção de 1:7,40; que os empregados de escritório que representavam uma média anual de oito, até 1831, atingiram nesse ano, 15 admissões; que as admissões de professores também cresceram a partir do mesmo ano (11 nos cinco anos precedentes para 19 nos três seguintes. (Esquirol, 1838a, pp. 680–681)

---

<sup>101</sup> Tal como sucede hoje, porque a esquizofrenia, que contribui para muitos internamentos, tem um início mais precoce no sexo masculino.

<sup>102</sup> Provavelmente devido à menor esperança de vida, à época, haveria menor número de demências.

<sup>103</sup> A entrada para o serviço militar obrigatório é considerada uma época propiciadora de crises que podem conduzir à doença mental.

<sup>104</sup> Para além da disrupção que provoca na vida das pessoas, a esquizofrenia implica uma perturbação das relações interpessoais. Para além de que as mulheres, devido ao início mais tardio (e daí, já adoecendo casadas), tinham certamente um papel mais tradicional no casamento, com a consequente maior tolerância à doença mental.

No que concerne às causas gerais da doença mental, Esquirol diz que vários factores podem concorrer para tal<sup>105</sup>. Sublinha o papel da hereditariedade, detectado em 337 de 1375 doentes (mais importante do que nas doenças físicas), realça os desvios a uma vida saudável, aponta a epilepsia como desencadeando outras doenças mentais, desvaloriza o puerpério, afirmando que este se torna mais importante nas classes altas e nota que as mulheres são mais atreitas às causas morais do que os homens. As influências políticas podem agir, de três formas, segundo Esquirol: pelo terror, pela exaltação e pela disfunção que pode causar na vida das pessoas. A este respeito, sublinha que, desde 1789, teria aumentado a doença mental, nomeadamente os suicídios. (Esquirol, 1838a, pp. 685–686)

Apresentando tabelas respeitantes às características da população estudada (figura 3), Esquirol expõe seguidamente os dados mais salientes: o facto de as monomanias serem mais frequentes nas mulheres e representarem no total 1: 2,17; de as lipemantias também ocorrerem mais nas mulheres; de a mania atingir 1: 2,85 da população estudada; de as demências só atingirem 1 em 5,54, mas com uma maior percentagem de homens; de apenas se registarem 15 casos de idiotia em 1557 admissões, algo que reputa mais frequente nos países menos civilizados, indo em sentido inverso ao da loucura<sup>106</sup> (Esquirol, 1838a, pp. 687-688). Em relação às altas, o autor refere 518 curados, 514 não curados e 546 mortos. Aponta mais curas em mulheres<sup>107</sup> e que, na totalidade elas tendem a ocorrer sobretudo no Outono e Inverno. Relata que os homens obtêm melhor resposta na mania e as mulheres, na monomania (Esquirol 1838a, pp. 689-693). Estima a mortalidade em 1: 3,75, cerca de ¼ dos internados, mais elevada nos homens (406 para 140), o que atribui à melhoria da construção das enfermarias femininas, desde 1829. Refere ainda que ela decresce de Inverno (máximo) para Verão (mínimo). Considera que a elevada mortalidade é consequência do estado deteriorado da maioria dos doentes à entrada, pois na maioria dos casos, a patologia não é recente. (Esquirol 1838a, pp. 695 – 696)

---

<sup>105</sup> Actualmente é esse o modelo explicativo, o multifactorial, que prevalece.

<sup>106</sup> Sendo a subnutrição a principal causa de atraso mental, encontrava-se certamente então, como hoje, sobretudo nos países menos desenvolvidos.

<sup>107</sup> Não se podendo falar cura, sabe-se, hoje, que o prognóstico da esquizofrenia é, ainda assim, mais favorável nas mulheres.

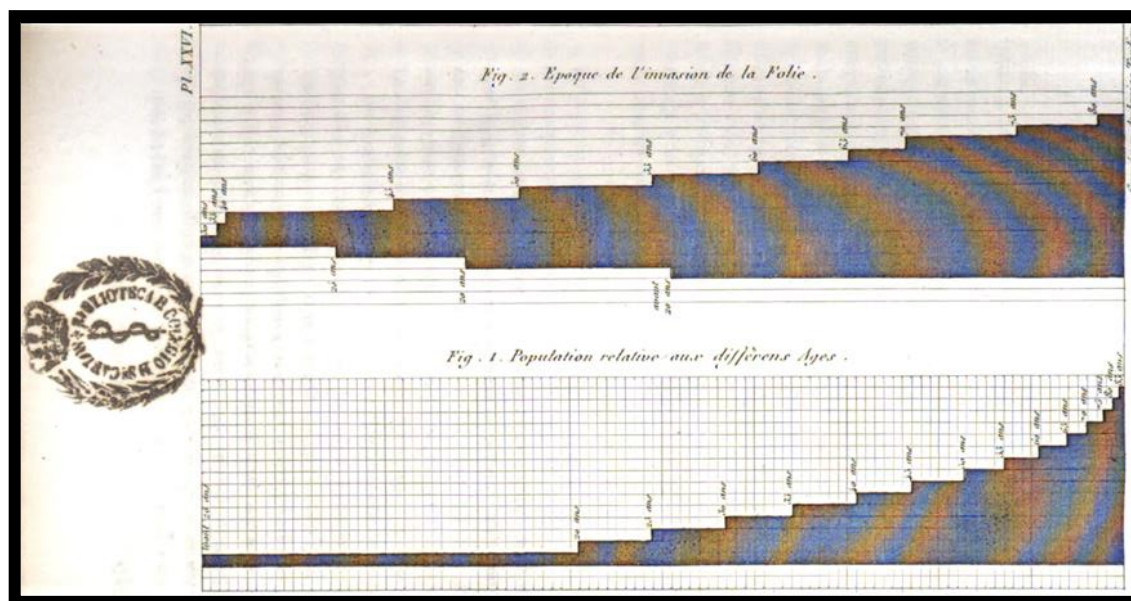


Figura 3 – Estatística de Esquirol (Esquirol, 1838b, gráfico XXVI)<sup>108</sup>

Henry Maudsley (1835 – 1918) destacou-se na psiquiatria forense, pela noção de sociopatia e da irresponsabilidade devida à determinação hereditária. Influenciou Darwin em relação à expressão emocional no homem e nos animais. Uma das obras mais importantes é *The Physiology and Pathology of Mind*, tendo-se tornado um símbolo da psiquiatria organicista inglesa. Um dos mais conhecidos hospitais psiquiátricos londrinos ostenta o seu nome.

O pendor organicista de Maudsley está bem reflectido na primeira parte deste compêndio, dedicado à fisiologia da mente (não do cérebro), em que procura descrever os fenómenos neurofisiológicos respeitantes à globalidade do sistema e às várias funções: ideação, emoção, volição, actuação, memória e imaginação. A segunda parte versa a psicopatologia e as suas causas, relacionando-a com sistemas cerebrais (logo mentais) alterados, bem como o diagnóstico, prognóstico e tratamento, ocupando estas três secções, escassas folhas do livro, comparativamente com o restante.

São raras (e débeis) as referências estatísticas. Numa delas reporta-se a uma amostra própria, de 106 doentes, para dizer que encontrou doença mental em 56 mulheres e 50 homens, concluindo, assim, que ela é mais frequente no sexo feminino, o que relaciona com a maior fraqueza fisiológica deste sexo. (Maudsley, 1867, p. 207) Também a partir de números seus (50 doentes), relata ter encontrado influência hereditária em 14 e desenvolvimento da

<sup>108</sup> Esquirol, 1838c, gráfico XXVI.

doença no próprio paciente em 10, implicando em ambos os casos a degeneração. (Maudsley, 1867, p. 213) A propósito da paralisia geral e citando dados de Leidesdorf, referiu que em 51 de 86 casos, o surgimento de sintomatologia motora e mental foram simultâneos, sendo a primeira subsequente em 27. (Maudsley, 1867, p. 361) Em termos do prognóstico, afirma que a recuperação é mais expectável na juventude, decaindo a sua probabilidade com o avanço da idade. Citando Boyd, situa nas mulheres a maior probabilidade de recuperação de um ataque de mania (91%), comparativamente com os homens (86%). (Maudsley, 1867, p. 490)

Os aportes estatísticos são colocados sem critério definido, não explicando o autor por que razão os utiliza em algumas (poucas) patologias. São, além disso, pouco significativos em termos matemáticos. Esta situação, estranhamente, contrasta com o facto de na psiquiatria inglesa, a enumeração, ser prática corrente, desde o princípio do século.

Emil Kraepelin tornou-se o símbolo do modelo descritivo na psiquiatria, aquele que é independente de teorias (biológicas ou psicológicas) como explicativas para as doenças mentais. A sua classificação e descrição dos quadros clínicos, seria explanada e aperfeiçoada ao longo das oito edições do seu compêndio. Não era politicamente empenhado, embora fosse simpatizante de Bismarck. Foi discípulo de von Gudden, psiquiatra que se destacou pelos seus estudos neuropatológicos.

A sexta edição (de 1899) do compêndio de Kraepelin é considerada, ainda hoje, seminal para a psiquiatria. O autor publicou as primeiras cinco entre 1883 e 1896 e editaria mais duas (a sétima em 1904 e a oitava entre 1909 e 1913, em vários volumes). Apesar de já se referir à unidade da demência precoce na 4ª edição, é nesta que ela ganha maior consistência em termos de diagnóstico diferencial, ao mesmo tempo que estabelece as bases da chamada dicotomia *kraepeliniana* que consiste em considerar de forma estanque as duas grandes patologias psiquiátricas funcionais: a demência precoce e a loucura maníaco-depressiva. Apesar de hoje, serem conhecidas respectivamente como esquizofrenia e doença bipolar, muitos psiquiatras continuam a aceitar aquela divisão, implicando fundamentalmente que não existem nosologias intermédias e de que não existem “depressões” mas sim oscilações do humor.

O livro contém uma primeira parte dedicada à descrição dos sinais e sintomas psiquiátricos e uma segunda mais volumosa, em que são expostas as características das principais doenças e seus tratamentos.

Na introdução, o autor manifesta a sua convicção materialista, afirmando que todas as manifestações psíquicas estão baseadas no cérebro e reclamando a sua pertença à medicina. (Kraepelin, 1990a, p. 2) Lamenta os falhanços da anatomia patológica, mas nega importância à visão localizacionista. (Kraepelin, 1990a, p. 4) Pelo contrário, crê que as funções cerebrais mais complexas são apenas divisíveis pelo método empírico das ciências naturais, por exemplo, através dos sintomas provocados por tóxicos ou outras situações conhecidas. Reputa importante o conhecimento das causas, pois só ele poderá, eventualmente, levar à prevenção. Em relação à profilaxia, não concorda com a proibição do casamento de doentes mas defende o aconselhamento ao não. Denuncia o excessivo trabalho escolar imposto aos jovens como potencial causa de doença (Kraepelin, 1990a, pp. 211–212). Quanto à classificação, reconhece que ordená-la segundo as causas, é infundado por aquelas serem desconhecidas na sua maior parte, mas que possivelmente actuarão em conjunto. Reafirma por isso que a descrição do quadro sintomático e sua evolução é o único método que resta. (Kraepelin, 1990b, pp. 2-3)

Em termos de referências estatísticas, no que respeita à descrição das várias doenças, elas são dispersas e quando ocorrem, colocadas a respeito do quadro clínico ou do prognóstico, geralmente de doenças infecciosas, por vezes sem referir fontes. Ainda assim, mesmo a existirem, são quase sempre quantificadas em termos meramente percentuais, sem que o leitor seja informado do tamanho da população estudada (excepto no caso da demência parálitica). Dois gráficos de colunas indicam a probabilidade de aparecimento da demência precoce, demência parálitica e loucura maníaco-depressiva, consoante a faixa etária (Kraepelin, 1990b, pp. 151, 216 e 303). Outros gráficos destinam-se a mostrar a evolução das doenças, consoante as exacerbações e melhoras (embora nestes casos, a linha de base seja naturalmente arbitrária).

Globalmente, o livro de Kraepelin não reflecte preocupações estatísticas. Apesar, de aqui e ali, referir escassos exemplos, nunca há um pensar estatístico dos dados apresentados, nem da estatística em geral, como forma de aplicação à medicina e à psiquiatria. Significativamente, não existe, nos índices geral e alfabético, qualquer entrada relativa à palavra “estatística”.

### *A Imprensa médica*

A escassez de manuais ou tratados de psiquiatria foi compensada pela publicação de vários artigos na imprensa médica e generalista. Destes daremos inicialmente conta procurando

reflectir sobre a importância da divulgação feita em periódicos como sejam o *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas de Lisboa* (1835 a 1840), *Neurologia e Psychiatria* (1888-1889), *A Medicina Contemporânea* (de Agosto de 1883 ao mesmo mês de 1884) ou *A Revolução de Setembro* (1848), onde algumas das figuras associadas à emergência de uma nova área disciplinar assente nas doenças mentais, nos alienados e nos espaços de cura, se inserem, procurando seguir uma ordem cronológica.

O *Jornal da Sociedade de Sciencias Médicas de Lisboa* foi fundado em 1835, com o nome de *Jornal das Sciencias Médicas de Lisboa*, tendo mudado, no ano seguinte, a sua designação para a acima referida, que se manteve até seu encerramento, em 1974. Como referimos foi um dos primeiros periódicos médicos nacionais (Cortez Pimentel, 1974, p. 659) e está em linha com o nascimento da imprensa científica em Portugal, verificado nesse período, herdeiro da tradição das Luzes (Nunes, 2004, p. 797). O facto de a publicação se iniciar em 1835, poderá estar na origem de alguma influência que o pensamento científico francês, então, como vimos, radicado na estatística, poderá ter tido nos seus fundadores. Para além disso, dá-se em de Setembro de 1836 o golpe militar que impõe uma constituição mais liberal.

Como referimos na secção precedente Joaquim Bizarro, responsável pelas enfermarias de alienados no Hospital S. José, desenvolveu um trabalho estatístico, entre 1835 e 1838, que publicou, no sentido de compreender as necessidades do país na área da assistência aos alienados, para a qual também defendeu a actualização da medicina portuguesa na perspectiva científica.

Joaquim Bizarro notabilizou-se não só por esta actualização (com a elaboração de diagnósticos mais rigorosos, em que já adoptava a classificação francesa de Esquirol), como também por tentar melhorar o estatuto dos alienados. Bateu-se também pela inovação terapêutica, classificando de retrógradas as medidas então tomadas (como as sangrias), já que eram pouco específicas (por serem aplicadas em qualquer outra doença) e pouco dotadas de qualquer base científica. No entanto, os registos da sua actividade cessaram em 1838, (Sena, 2003, p. 100.) eventualmente tendo transitado para a sua especialidade de formação, a cirurgia (na consulta do arquivo do Hospital de Rilhafolles, adiante abordada, constata-se que trabalhava na cirurgia do Hospital de S. José, em 1844).

Cada número do periódico, mensal, continha uma secção nomeada “medicina portuguesa”, destinada à publicação de artigos originais por parte de médicos nacionais e, uma outra,



“medicina estrangeira”, repositório de artigos internacionais de interesse relevante, traduzidos para português por um dos médicos da redacção.

Os artigos de Joaquim Bizarro sobre a estatística dos alienados foram publicados em 1837 e 1838. Para o nosso estudo foram escolhidos os números entre 1835 e 1840, com o objectivo de identificar elementos que nos permitissem reflectir sobre a inclusão dos trabalhos deste alienista, na narrativa da medicina generalista e de avaliar se, depois de si, a publicação de artigos sobre psiquiatria teve continuidade nos anos seguintes e, assim, verificar a eventual influência que aqueles artigos tiveram no resto da psiquiatria e da medicina em geral e aquilatar a natureza do pensamento científico de então.

Durante este período foram ainda publicados alguns artigos da autoria de Clemente Joaquim Abranches Bizarro, irmão de Joaquim Pedro e, como veremos, homem de interesses abrangentes. Clemente Bizarro (?-1845), médico da Marinha, nasceu em data e local desconhecidos. A data deverá, contudo, ser do início do século XIX, pois aquele nasceu em 1805. De facto, sabemos que Clemente Joaquim, na sua tese de cirurgia, escreve uma dedicatória “ao meu cordialíssimo irmão Joaquim Pedro”. (Bizarro, C. J., 1828, p. 1) Para além disso a ele alude num artigo, embora sem referir o seu nome completo, mas apenas por “meu irmão, o médico Abranches”. (Bizarro, C. J., 1836a, p. 108) Fez parte do corpo redactorial do *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas de Lisboa* em 1838 e nos números desse ano, bem como nos dos anos anteriores, publicou alguns artigos, tanto originais como traduções de artigos estrangeiros. Provavelmente de saúde mental instável teve alguns processos por indisciplina, na sua qualidade de médico, (Ministério da Defesa Nacional, 2015) razão eventual da sua transferência militar para Angola, onde morreu em 1845, (Arquivo Nacional da Torre do Tombo, fl. 220): Aqui terá sido um dos pioneiros da fotografia notabilizando-se por tirar um retrato a Babolla, princesa da Huíla – considerada a primeira fotografia feita em Angola — (Primeiros fotógrafos em Luanda, 2007) que se encontra na Biblioteca Nacional. Deixou ainda uma estampa que desenhou para um artigo de outro autor, *Emprego terapêutico da cravagem de centeio*, espigas de trigo com grãos de cravagem, o que aquele publicamente agradece enaltecendo os seus dotes na matéria. (Bizarro, C. J. 1836b, pp. 119-220)

Merecem ainda especial atenção os artigos de Bernardino António Gomes. Em 1835, publicou um artigo ao longo de vários números com o título *Sobre a epidemia de cholera-morbus, que grassou na Cidade do Porto durante o sítio de 1832 a 1833*, apresentando, na

última parte, em tabela, a mortalidade por faixa etária e analisando depois os resultados obtidos. Nesta perspectiva, apesar de considerar estar estabelecida a maior vulnerabilidade à doença no sexo masculino, não conclui que se possa pelos seus dados, tirar essa conclusão, pois a diferença é de apenas 53 num universo de 3621 óbitos. Realça, no entanto, o maior número de casos (132) na 4ª década de vida, contra a 3ª (122) e a 5ª (82). (Gomes, 1835a, pp. 267-286)

Do mesmo autor e do mesmo ano, refere-se ainda, *Uma estatística curiosa*, em que apresenta em tabela o número de camas existentes em sete hospitais gerais e dez hospitais psiquiátricos na região de Paris, apurando um total de 16549, número com o qual rejubila, por considerar que testemunha progressos civilizacionais. (Gomes, 1835b, pp. 187-189).

Também Clemente Bizarro publicou em 1836, *Fragmento para a história estatística da Epidemia de cholera morbus, que em Lisboa grassou no ano de 1832*. Neste artigo começa por perorar contra a inactividade do Governo, em relação à tomada de medidas para prevenir a expansão da epidemia e denuncia as atitudes dos clérigos que a atribuem a castigo divino. Apresenta depois numa tabela os números dos entrados (6058), curados (2649) e falecidos (3409) devido à doença, nos principais hospitais da capital, situação com que volta a agredir o Poder político. (Bizarro, C. J., 1836a, p. 103-114)

No mesmo ano apresentou ainda uma dissertação à Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, publicada depois na revista, em que começa por prestar homenagem à vitória do “Imortal D. Pedro” sobre o despotismo. Condena depois o ensino jesuítico que domina o sistema educativo nacional e lamenta a falta de médicos no país, pois seriam inúmeros os exemplos de pessoas que morriam por falta de assistência sobretudo fora dos grandes centros urbanos. Aqui não deixa de louvar as aspirações à prosperidade que, em seu entender, dependem de uma “legislação fundada em princípios de igualdade”. A propósito da falta de assistência médica aponta ainda a necessidade de estabelecimentos próprios para alienados (em que se permita que os portadores de diferentes patologias possam estar separados), bem como de estabelecimentos próprios para crianças (pois a estatística mostrava a elevada taxa de mortalidade desta população). Acaba por enaltecer a nação francesa pelo facto dos seus cidadãos se terem unido para construir um país melhor, ao fim de tantas guerras. (Bizarro, C.J., 1836c, pp. 263-272)

Publicou ainda, nesse ano, o *Mapa dos doentes entrados e saídos no Hospital das Casas de asylo*, artigo em que começa por dar conta, em tabela, das patologias diagnosticadas em

crianças asiladas elaborando a partir daí algumas reflexões teóricas acerca do diagnóstico e da terapêutica das mesmas e pugnando pela superioridade da observação e do empirismo sobre eventuais doutrinas pré-concebidas. (Bizarro, C. J., 1836d, pp. 338-344)

No artigo, *Estatística médica das enfermarias de alienados no Hospital de S. José desde 6 de Julho de 1835 a 6 de Julho de 1936 e desde 6 de Julho de 1836 a 6 de Julho de 1837*, Joaquim Bizarro apresenta um trabalho estatístico inovador ao mostrar o levantamento de números desses dois períodos, tendo o início do estudo coincido com o dia em que o autor começou a exercer funções de chefia nessas enfermarias. Esta coincidência mostra aliás que a atracção pela estatística era já anterior e justifica-a pelo seu interesse particular e por um contributo à ciência. Presta homenagem ao seu antecessor (Simão José Fernandes) e reconhece que as modificações que ambos projectaram, no sentido de melhorar as enfermarias ou, preferencialmente, de construir um novo edifício para o efeito, não foram possíveis. O número de doentes que encontrou foi de 187 (100 homens e 87 mulheres, divididos por duas enfermarias), que agrupou por estado civil (solteiros, casados e viúvos), condição evolutiva (falecimentos e altas) e por diagnósticos (mania, monomania, idiotia e demência, reproduzindo a classificação de Esquirol e acrescentando ainda a categoria dos não classificados), resultados que apresentou em tabelas. Repetiu os mesmos quadros para os doentes que permaneceram no último dia do estudo (98, sendo 55 homens e 43 mulheres). Mostra ainda mais duas tabelas (uma para o primeiro, outra para o segundo ano), em que dá a conhecer as idades dos falecidos. Compara depois os números respeitantes à mortalidade com os apresentados por Pinel, concluindo serem semelhantes, apesar das más condições das enfermarias do Hospital S. José. Refere ainda que dá o dobro das altas em relação aos doentes que aqueles autores consideram curados (reconhecendo a dualidade de critérios, bem como o facto de dar mais altas a pedido dos familiares). Regressa depois ao tema da mortalidade para afirmar que os números de Esquirol dão conta de uma cifra menor (sem a quantificar), admitindo que, neste particular, pode contar a maior qualidade logística do internamento no asilo de Charenton. Aponta também o facto de os métodos de admissão serem diferentes, com desvantagem para o caso português, em que a história clínica do doente não é, logo aí, apurada, implicando assim um retardo na elaboração diagnóstica. Relaciona igualmente a maior mortalidade com as más condições das enfermarias, pelo facto de nas enfermarias femininas, onde as condições físicas são piores, a mortalidade ser maior que nas masculinas. Aponta a dificuldade do diagnóstico (daí preferir nomear alguns casos como não classificados) referindo-se às principais categorias que escolheu (acima mencionadas),

embora não destaque a sua proveniência teórica. No que diz respeito ao tratamento admite a dificuldade da sua eficácia (quer moral quer física), devido a sobrelotação e às más condições das enfermarias. Põe em causa as sangrias, embora admita que já rejeitou mais vivamente esta terapêutica do que no presente, mas que voltou a praticá-la até pela necessidade de estatisticamente a excluir. Reporta ainda o uso de purgantes, emulsões antiespasmódicas, bebidas ácidas, *digitalis* e banhos a diferentes temperaturas, terapêuticas que faz variar consoante o estado do doente. Exprime o seu desejo de ensaiar a eficácia de outros métodos, que julga impossível pelas más condições do local. A concluir adianta que está a preparar um levantamento mais completo indicando o tempo de internamento, o diagnóstico, a idade, o estado civil, a naturalidade, a residência e a ocupação e que espera, no futuro, publicá-la. Finalmente mostra ainda uma tabela em que se dá conta do número de internados, por cada ano, de 1824 a 1836, que perfaz, no total, 2879 (1663 homens e 1216 mulheres). (Bizarro J.P., 1837a, pp. 201-225)

Na sequência da publicação deste artigo, Joaquim Bizarro publicou ainda um outro intitulado, *Considerações sobre o melhor modo de se poder estabelecer um hospício de alienados*, em que defendia a ideia de um hospício construído de raiz, para albergar os doentes mentais, devido às más condições dos edifícios então existentes. Pensava até que o novo edifício testemunharia para as gerações futuras o acompanhamento por parte dos portugueses, da evolução da ciência. Propôs uma lotação de, “pelo menos, 300 doentes”, embora sem dizer como chega a este número (embora sem dizer como chega a este número), calculando até as despesas que este investimento traria para a Fazenda Pública. (Bizarro J.P., 1837b, pp. 257-266).

Publicado nos números do 2º semestre de 1838 encontra-se o mesmo tipo de levantamento efectuado para o ano seguinte, isto é de 6 de Julho de 1837 a 6 de Julho de 1838 (Figura 2.1). O tipo de organização dos números recolhidos é idêntico e não diferem substancialmente dos referentes aos dois anos anteriores, que aliás são repetidos, com ligeiras alterações. O autor justifica-as com pequenas correcções que efectuou, dado que a primeira apresentava alguns erros. No final das tabelas resumiu o que considerava os principais dados que, como se vê, são: as proporções dos falecimentos e das altas. Regozijou-se pelo facto de os resultados do 3º ano mostrarem melhoras, em relação aos dos dois primeiros. Referiu ainda que o trabalho das tabelas não estava completo, nem na forma que almejava, devido a incompatibilidades técnicas com a impressão do jornal. (Bizarro J.P., 1838, pp. 4-19). Não existe todavia quaisquer conclusões resultantes do apuramento dos dados ou do seu cruzamento, nem

Figura 4 – Tabelas de Joaquim Pedro Bizarro<sup>109</sup>

Não deixa igualmente de inovar na interpretação que estabelece de vários dados, nomeadamente a ligação entre o superior número de falecimentos relativamente a Charenton e as melhores condições logísticas e científicas deste hospício. Alguns dados aparentemente mais favoráveis são postos em causa, como por exemplo, quando reconhece que as suas altas não significam necessariamente curas ou quando admite a dificuldade do diagnóstico.

95

Em termos da sua posição face à sangria (recorde-se que data de 1828, como vimos, um estudo estatístico francês que põe em causa a eficácia terapêutica da mesma), é curioso o seu propósito de retomar a sangria (uma técnica que reconsiderava), “para a excluir”, o que indicia que estava também a preparar um estudo estatístico nesse sentido, não deixando aqui de revelar um “espírito popperiano” *avant la lettre*. Explicitamente propõe-se mesmo, no futuro, alargar os dados do levantamento estatístico da população estudada.

No entanto, a partir de 1838, Joaquim Bizarro não publicaria quaisquer outros trabalhos em periódicos, respeitantes a psiquiatria ou a outra especialidade, realçando-se apenas uma tradução para português da *Primeira Parte do Novo Tratado de Farmácia* de Eugène Soubeiran, em 1842, que se destina sobretudo à preparação e apresentação de medicamentos (Soubeiran, 1842). Porém, o seu rigor faz dele, certamente, um dos pioneiros da estatística psiquiátrica e médica em Portugal. Curiosamente terá acontecido em Portugal com Joaquim Bizarro, o que terá acontecido em França através de Pinel: foi pela psiquiatria que o método numérico surgiu na medicina.

Clemente Joaquim escreveu vários artigos relacionados com patologias médicas e cirúrgicas, sendo que nalguns é patente, o seu interesse pelos estudos de índole estatística, ainda que a metodologia e a apresentação possam ser menos rigorosas que as patenteadas pelo seu irmão. No artigo *Propriedades terapêuticas do azeite de bacalhau, da arraia e da baleia* descreve vários casos clínicos de crianças com escrófula medicadas com aquelas substâncias e que melhoraram substancialmente. Faz a caracterização da amostra, com a sua quantificação, apresentação das idades dos indivíduos, da dosagem do produto prescrito e durante quanto tempo se processou a administração do mesmo. No final faz o resumo de um artigo de um periódico médico prussiano, em que o autor chegou às mesmas conclusões, o que mostra a sua preocupação em não generalizar a partir de um único estudo (Bizarro, C. J., 1838a, pp. 277-284). Num outro intitulado *Notas sobre o curativo de tinhas com manteiga de cacau* relata que aplicou esta substância em 30 crianças e 100 alienados das suas enfermarias que estavam afectos daquela doença. Concluiu que ao fim de 6 meses, 20 casos tinham melhorado. Não especifica porém quantos melhorariam habitualmente com os tratamentos tradicionais, ou seja, faltava ainda o contraditório que seria neste caso um “grupo de controlo” (Bizarro, C. J., 1838b, pp. 23-28). Apresenta também um *Método curativo das doenças dos olhos*, trabalho efectuado a partir de um relatório apresentado à Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa por um clínico inglês (Nayler-Bey) em que, embora descrevendo pequenas amostras para as várias patologias, se identifica o tratamento mais vantajoso para

cada uma delas (Bizarro, C. J., 1838c, p. 154-160). Ainda que os resultados sejam apresentados de forma pouco rigorosa (em texto, não utilizando tabelas, sem que saibamos se a responsabilidade é de Neyler-Bey ou de Bizarro), o artigo evidencia o interesse do autor pela transmissão objectiva de conhecimentos a partir de um autor então conhecido pelas suas intervenções oftalmológicas.

Sem pendor estatístico publicou ainda *A morfea de Lafões*, artigo baseado na memória de um autor entretanto falecido (Joaquim Baptista), onde expõe as razões da persistência da doença naquela localidade (que se contextualiza em termos demográficos e sociológicos) e se propõe a constituição de hospitais especializados (Bizarro, C. J., 1838d, pp. 260-264). No artigo, com o título, *Observação de um caso de queimadura*, apresenta um caso clínico seu, relatando a utilização de um tratamento inovador que permitiu alcançar melhoras mais rápidas. No final do artigo apela aos colegas por este tipo de descrições, já que, em seu entender, elas poderiam ajudar ao desenvolvimento da ciência médica. (Bizarro, C. J., 1838e, pp. 233-234) Vemos que, apesar do seu interesse pela estatística, Clemente Bizarro não menospreza o “caso clínico”, situação que hoje parece cair em desuso, com o afunilamento intelectual da “medicina baseada na evidência”.

Clemente Bizarro traduziu alguns artigos estrangeiros. Na tradução com o título, *Tratamento das úlceras atónicas e varicosas* cita 16 casos em abono do seu tratamento, uma dieta restaurante (Skey, 1838, pp. 251-253). Em *Da eficácia do azeite de bacalhau e do peixe em geral no tratamento da cárie escrofulosa*, Taußlieb aponta 39 casos em que esta substância foi eficaz (Taußlieb, 1838, pp. 254-255), situação que Clemente Bizarro citou a propósito da sua própria investigação sobre o mesmo tema. *Exame anatómico e patológico da metade direita e esquerda e da metade superior e inferior do corpo humano*, é um trabalho de um autor francês, em que são tecidas considerações científicas e filosóficas (relacionadas com a história da medicina) sobre a simetria do corpo humano, bem como apresentadas contagens de dextros, canhotos e ambidextros. Considera o autor, que o mal que afecta um dos lados do corpo tenderá a atingir o outro (exemplifica com as cataratas e as hérnias), embora algumas assimetrias, como a força muscular, possam ser congénitas. Nesta linha, considera que quando se opera uma hérnia não deve deixar de se reforçar cirurgicamente o lado contrário, ainda que não esteja afectado no momento (Malgaigne, 1838a, pp. 310-320). Assim, apesar da sua formação cirúrgica, Clemente Bizarro não deixa de se perfilar num

pensamento fisiológico sistémico.<sup>110</sup> Num outro artigo, *Anatomia da uretra*, do mesmo autor, a partir de várias medições (não reportadas) de uretras estima o seu comprimento médio, com implicações para a dimensão das algalias (Malgaigne 1838b, pp. 108-113). Vemos aqui que o interesse de Clemente Bizarro pela estatística reflecte a importância desta ferramenta, não apenas para a descrição contemplativa, mas também para a inovação terapêutica.

Ainda de 1838, cabe realçar um trabalho de Bernardino António Gomes intitulado *Relação dos doentes internados no Hospital de Marinha, no 1º semestre de 1838*. Depois de mostrar numa tabela os vários diagnósticos efectuados naquele período, o número de casos de cada um deles e o número de falecidos, conclui que a existência de uma proporção tão baixa dos mesmos (1: 44) se deve à pronta resposta médica de que os militares são alvo sendo, ao primeiro sinal de alarme clínico, de imediato socorridos e, eventualmente, internados. O que mostra que, tal como nos casos dos irmãos Bizarro, há da parte de Gomes, um esforço na interpretação dos dados apresentados. (Gomes, 1838a, pp. 87-94)

O mesmo autor, na oração de sapiência que proferiu na da abertura do ano lectivo de 1838-39 tece várias considerações filosóficas sobre a medicina, como seja o elogio a Francis Bacon, por dar primazia aos factos e destes partir para teoria. A propósito condena na medicina as doutrinas que partem somente de exageros na interpretação dos factos. Lamenta que nesta disciplina, não exista uma teoria unificadora, embora confie que, no futuro, uma surgirá, donde “nascerá a luz” que explicará a produção e evolução das doenças. Elogia, a propósito a evolução da anatomia patológica, mas reconhece a sua insuficiência para a explicação global, até por as lesões que esta disciplina permite documentar, já serem por vezes, consequência da doença. (Gomes, 1838b, p. 193-222)

Passamos a enumerar os trabalhos de outros autores em que é patente a influência do pensamento estatístico, quer sejam de sua autoria ou traduções de periódicos estrangeiros:

No artigo traduzido por J. M. Pereira e Sousa de um autor francês, *Indagações sobre as verdadeiras causas das úlceras das pernas* faz-se um levantamento de 3373 doentes durante

---

<sup>110</sup> Nos seguintes artigos, por ele extraídos ou traduzidos não é utilizada qualquer perspectiva estatística, como sejam os seguintes: *Sobre um novo processo para a cura radical das varizes* (Bizarro, C. J., 1836e, pp. 299-301), *Tratamento das úlceras e engorgitamento cirroso do colo do útero* (Tardieu, 1936, pp. 311-313), *Os abscessos da cárie das vértebras*, (St. Hilaire, 18, p. 61-62), *Principais bolsas mucosas do corpo humano* (Velpeau, 1838, pp. 62-64), *Hydrocefalo agudo curado com banhos frios sobre a cabeça* (Bizarro, C. J., 1838f, p. 95), *Cura radical das hérnias* (Bizarro, C. J., 1838g, pp. 276-284), *Estudo da cabeça do feto* (Bizarro, C. J., 1838h, p. 366-369) e *Moldes de bacias* (Bizarro, C. J., 1838i, pp. 105-107).



11 anos com úlceras das pernas. Através de uma tabela em que o autor divide cada um desses anos em três períodos, mostra que, ao contrário do habitualmente suposto, não surgem mais úlceras no Inverno, mas sim na Primavera e Verão, sendo que a situação é, no Outono, intermédia. Admite, contudo, que elas se possam ir formando no Inverno para aparecerem clinicamente, num tempo posterior. Assim, recorre em seguida à *Recherches Statistiques sur la ville de Paris* e percebe que as úlceras foram mais frequentes nos anos em que ocorreram os invernos mais rigorosos, embora, de facto, elas tivessem surgido subsequentemente nos meses seguintes. Calculou ainda o tempo de tratamento necessário conforme a idade dos doentes, concluindo que, neste particular, havia uma relação directa, isto é, quanto maior a idade dos doentes, maiores períodos eram necessários para atingir a cura. Ambos os cálculos foram apresentados em tabelas. Apesar de ter constatado ainda que de 510 afectados, 270 eram da perna esquerda e 240 da perna direita, não considerou que a diferença fosse significativa. (Pereira e Sousa, 1838 pp. 289-302).

Num outro artigo, de F. Soares Franco, *Gripe nas enfermarias regimentais do Castelo de S. Jorge*, o autor propõe-se descrever inúmeros casos de gripe para provar a benignidade da epidemia que então terá assolado Lisboa. Divide a amostra em três grupos, conforme a gravidade dos sintomas (com 5 doentes em cada um dos menos graves e 9 no mais grave) e operacionaliza os critérios. O tipo de tratamento foi aplicado consoante a gravidade. Conclui depois que, com estas terapêuticas, todos melhoraram, não sendo portanto grave esta epidemia. (Soares Franco, 1837, pp. 65-67)

Em *Conta de vacinação da Instituição Vacínica de Lisboa em 1836*, de P. Patrício do Couto, o autor contou 636 vacinados, tendo 187 registado vacina legítima, 83 nula, 2 duvidosa e 1 falsa. Não foi conhecido o resultado de 363 pacientes por não terem comparecido ao controlo. Os 85 nulos, duvidosos e falsos (faltou um) foram revacinados, tendo 26 obtido vacina legítima e 59 faltado ao controlo. Defende o autor que se trata de uma vacinação necessária nas crianças, condenando o seu incumprimento, bem como a não comparência ao controlo. Queixa-se, neste sentido, da falta de providência do governo. (Patrício do Couto, 1837, pp. 93-96)

Em *Do uso de purgantes nas doenças agudas ou crónicas*, traduzido de um autor francês por D' Oliveira, são descritos vários casos clínicos em que foram utilizados diferentes purgantes e é apresentada uma tabela com os vários fármacos, o número de dejeções que os

doentes tiveram e a pulsação que mostravam, antes e depois da toma. Relaciona-se depois, o número de dejecções com a frequência do pulso. (D' Oliveira, 1837, pp. 289-311)

No estudo *Movimento das Enfermarias da Nacional Casa Pia no ano de 1837*, por Pereira Mendes são apresentadas várias tabelas mostrando o movimento das enfermarias, e concluiu-se primeiramente que a mortalidade (1: 40) se tem mantido. Apresentam-se depois as patologias mais frequentes, sendo o lugar cimeiro ocupado pela tísica, também a mais mortífera. Há, porém, pouca elaboração científica a partir dessas exposições. (Pereira Mendes, 1837, pp. 142-155)

O relato *Conta da Clínica Cirúrgica da Escola Médico-cirúrgica de Lisboa*, de Ribeiro Viana, apresenta uma tabela com as várias patologias, o número de casos de cada uma e de curados e não curados. É analisada a casuística de cada doença referindo-se o que “correu bem ou mal” nos vários casos da mesma, mas sem que os números em si alertassem o autor para explicações teóricas. (Ribeiro Viana, 1837, pp. 200-216)

Soares Franco volta à casuística militar publicando o artigo, *Estatísticas das moléstias dos hospitais regimentais do Castelo de S. Jorge*, em que são apresentados os diagnósticos de todos os casos internados nestas enfermarias, entre 1 de Março e 31 de Dezembro de 1837, bem como o número de altas e óbitos. Os internados foram ainda divididos em Medicina e Cirurgia. O autor chama ainda a atenção do Conselho de Saúde para as doenças que se podiam evitar por dependerem de um “vício interno”, como sejam febres, sífilis, sarna e “até certo ponto”, úlceras da perna. Só estas patologias terão matado 1837 praças. (Soares Franco, 1838, pp. 94-98)

Magalhães Coutinho reporta em *Observações sobre a catarata*, a relação das faixas etárias de uma amostra de 500 indivíduos com o diagnóstico de catarata e com o sucesso da respectiva operação, sendo que os dois conjuntos de resultados são apresentados em tabelas. (Magalhães Coutinho, 1838, pp. 244-249)

Há ainda a registar a publicação de um anúncio de um curso (que poderíamos chamar de “pós-graduação”) de higiene pública pelo Lente Lima Leitão, em 20 prelecções. Consta de quatro secções de cinco prelecções cada. Na primeira secção, refere-se o ambiente físico (com os seus vários matizes) do globo terrestre; na segunda, o estado moral e físico das populações nesses diferentes ambientes; na terceira, as condições precisas para promover e conservar a saúde da população; na quarta, finalmente, a forma de terminar as doenças. (Lima Leitão, 1837, pp. 267-288). Este curso, bem como alguns dos artigos acima mencionados,

dão conta que a infecciologia representava uma área da medicina em que a ferramenta estatística - provavelmente aí inserida por uma preocupação securitária - era importante. Tal facto vem de encontro à formulação de Foucault, por nós referida no Capítulo 1, a propósito do desenvolvimento da estatística como utensílio securitário ligado ao controlo da transmissão da doença.

Regularmente, em 1837 e 1838 foram publicadas tabelas com os movimentos dos doentes nos hospitais da Marinha (de que Gomes era director), de S. José, da Real Escola de Cirurgia de Lisboa (estes referentes a anos anteriores, chegando a 1827) e da maternidade St.<sup>a</sup> Bárbara, embora sem considerações sobre os números apresentados. Para cada mês era ainda publicado um diário meteorológico. Mais uma vez, e a propósito das teses de Foucault, é patente nos levantamentos estatísticos a preocupação com a demografia.

Porém em 1839 e 1840 não há qualquer artigo publicado pelos autores que nos anos anteriores mais se destacaram no uso da estatística, se bem que numa listagem dos membros efectivos da sociedade, o nome de Clemente Joaquim, continue a constar, (Anónimo, 1840a, p. 363) bem como transcrições de algumas alocuções suas em actas das reuniões da direcção do jornal da sociedade (Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, 1839a, pp. 198-203) em que assinava como 2º secretário (Anónimo, 1839b, p. 36-45 e Anónimo, 1839c, pp. 170-171), actividade que cessa a partir do 2º semestre de 1839. Aliás, os números destes dois anos mostram um preenchimento cada vez maior do espaço da revista com mensagens de circunstância (por exemplo, discursos de entidades várias) e notícias burocratizantes (como as referidas transcrições), em detrimento de artigos de cariz científico. Dentro destes, caiu, ainda mais a frequência de artigos de conteúdo estatístico.

Em 1839 foi publicado pelo Conselho de Saúde do Exército a *Estatística das moléstias tratadas nos hospitais regimentais do exército no 1º semestre de 1838*. Além de não existir menção a qualquer autor, o artigo resume-se à enumeração da casuística das várias patologias e dos seus casos fatais, sem qualquer reflexão teórica daí decorrente. Em 4485 pacientes, houve 8 casos reportados de mania, sem mais qualquer menção a outra doença mental, o que não deixa de estar em contracorrente com o publicado nos anos anteriores por Joaquim Bizarro (pelo menos no que respeita à monomania, já que aqueles com idiotia ou demência graves, não teriam certamente lugar no Exército). (Conselho de Saude do Exército, 1839, pp. 35-36)

Com as mesmas características, *Movimento das enfermarias da Nacional Casa Pia de Lisboa no ano de 1838*, é um artigo de Pereira Mendes, em que consta uma listagem, por patologias dos doentes entrados, saídos e falecidos, igualmente sem quaisquer ilacções científicas retiradas. (Pereira Mendes, 1839, pp. 173-177)

Na mesma linha, *Mapa dos doentes curados, melhorados e falecidos no Hospital S. José no 1º semestre de 1838*, é um trabalho isento de autoria e de reflexões teóricas (Anónimo, 1839d, p. 321-329). Em oposição, o *Resultado da punção em 19 casos de hidrocéfalo* é um artigo de Matha Pacheco, em que este mostra como 10 pacientes sobreviveram, com a aplicação desta terapêutica (Pacheco, 1839, pp. 177-180). Curiosamente, este médico que publica este artigo ao estilo dos irmãos Bizarro (ou seja, em que há aplicação estatística com retirada consequente de conclusões) veio a substituir Clemente Bizarro como 2º secretário da Sociedade. (Anónimo, 1839e, pp. 29-30)

Já no relato *Mapa dos doentes tratados na enfermaria do Hospital Militar da Estrelinha no 1º trimestre de 1840* não existe qualquer menção na autoria, embora com descrição do tratamento de algumas afecções. (Anónimo, 1840b, pp. 156-166)

O curioso trabalho, *Da descrição da vida provável nos indivíduos que exercem a medicina*, é uma tradução (anónima) de um autor alemão no qual se compara a esperança de vida dos médicos com a de outros profissionais, para se concluir que aquela é a mais baixa dos vários grupos considerados, o que se atribui à sua vida laboralmente mais preenchida e à consequente falta de repouso. (Anónimo, 1840c, pp. 40-45)

Resumem-se assim a dois (um deles, tradução), os artigos publicados entre 1839 e 1840, em que se registam reflexões a partir de dados estatísticos, o que vem mostrar o estíolar desta ferramenta, inicialmente desenvolvida pelos irmãos Bizarro, por Gomes, e outros, como Soares Franco.

Embora desprovidos de conteúdo estatístico, importa realçar pelo seu interesse psiquiátrico, quatro artigos de João Pais da Cunha, *Episódio maníaco na gravidez* (Pais da Cunha, 1840a, pp. 162-163), *Delírio furioso terminado favoravelmente na presença de água de loureiro-cereja* (Pais da Cunha, 1840b, pp. 202-204) e *Delírio furioso acalmado durante o uso do ácido prússico medicinal* (Pais da Cunha, 1840c, pp. 204-206) e *Erotomania terminada durante a emulsão de amêndoas amargas* (Pais da Cunha, 1840d, pp. 206-208).

Podemos especular que esta diminuição da vertente estatística no *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa* estivesse relacionada com as alterações políticas que entretanto se registavam na transição da década de 30 para a de 40. Os setembristas “mais liberais” perdiam força para os cartistas “mais conservadores”, (Ramos, 2009, p. 18) o que pode também ter trazido uma perda de influência dos pensadores mais afrancesados. Para além disso, os irmãos Bizarro deixaram de ser preponderantes na revista: Joaquim Pedro por eventualmente se ter dedicado ao ensino da cirurgia; Clemente Joaquim por ter caído em desgraça devido aos seus actos de indisciplina e ao seu destacamento para África.

No entanto, há que realçar que entre 1835 e 1840 identificamos 22 artigos (donde seis em tradução de trabalhos estrangeiros) em que é utilizada a ferramenta estatística (com maior ou menor precisão): nove são da autoria de Clemente Joaquim (donde quatro extraídos ou traduzidos), dois, de Joaquim Pedro e três, de Bernardino António Gomes (os destes últimos, aliás, estatisticamente elaborados, pelo rigor das suas apresentações, em tabelas e pelas ilacções que retiram). Os restantes oito artigos são da responsabilidade de sete autores (F. Soares Franco contribui com dois, aliás, de qualidade apreciável, pelos mesmos motivos). Assim, devido à qualidade dos trabalhos de Joaquim Pedro Bizarro (a que se junta um terceiro aludindo à necessidade de construção de asilos, com base nos números que recolhera), de Bernardino António Gomes (também à regular edição da casuística do Hospital da Marinha de que era director), da grande quantidade das publicações de Clemente Joaquim Bizarro, e do rigor das descrições de Soares Franco, não hesitamos em considerar estes autores, bem como o corpo redactorial da revista, como pioneiros da estatística médica em Portugal, com a particularidade de os três primeiros terem tentado contribuir para o desenvolvimento da psiquiatria no nosso país.

Na viagem que Bernardino António Gomes empreendeu, para visitar alguns estabelecimentos de alienados na Europa, anotou a proporção de alienados para a população da área coberta por cada hospital visitado, a quantidade de camas necessárias em cada enfermaria especializada, os rendimentos dos doentes (já que a possibilidade de pagar determinava o tipo de alojamento), a duração dos internamentos, o tipo de terapêutica ministrada, o número de médicos que aí trabalhavam e em que regime laboral (em exclusividade ou não) e o tipo de construção destes. Pretendia, assim conferir uma perspectiva estatística sólida para uma efectiva cobertura da assistência aos alienados. Apontando que em *La Salpêtrière* já existiam dados estatísticos desde 1801, ressaltou, no entanto, que a qualidade do trabalho estatístico que anotou era superior na Grã-Bretanha, já

que havia aperfeiçoamentos constantes das tentativas de cálculo da proporção de alienados para a população em geral. (Gomes, 1999, p. 80)

Na Alemanha, Gomes valorizou a necessidade de existirem enfermarias separadas para curáveis e incuráveis, (Gomes, 1999, p. 104) o que não se veio a verificar em Rilhafoles, onde a separação era mais sindrômica e transversal à fase da doença em que o paciente se encontrava, o que talvez estivesse relacionado com o atraso em que a nossa psiquiatria se encontrava em termos de nosologia, como adiante veremos. Este último aspecto também se prende com o facto de Gomes, apesar de ter entrado em contacto figuras de referência da psiquiatria (das quais se destacam K. Jacobi e J. P. Falret), ter escassamente desenvolvido a faceta científica destes autores, ficando-se por algumas preferências terapêuticas. Até porque já havia, na época, grandes divergências científicas e filosóficas em relação à doença mental. Estas antecipavam mesmo o grande cisma que se veio a verificar após Freud (com uns mais “organicistas” e outros mais “mentalistas”), sobretudo na Alemanha, por influência do movimento romântico.<sup>111</sup> De facto, nenhum destes confrontos intelectuais se nota na obra de Gomes, o que é provavelmente sinal de que, a Portugal não chegavam ecos desta problemática.

Fundado em 1841 por José Estêvão *A Revolução de Setembro* era um diário de actualidades políticas, publicado entre 1840 e 1901, com uma linha editorial liberal (Tengarrinha & Costa de Matos, 2006, p. 1), fazendo o seu nome alusão ao golpe de 9 de Setembro de 1836 (Martins da Silva, 1993, p. 101). Publicado a 1 de Dezembro de 1848, o artigo de António Ribeiro, sucessor, até 1846, de Joaquim Bizarro na direcção das enfermarias para alienados do Hospital de S. José, reveste-se sobretudo de contornos políticos, embora acabe por conter alguma informação científica, que utiliza, aliás, com aqueles intuitos. Começa por mencionar um artigo publicado a 27 do mês anterior, no mesmo jornal. Aí, o articulista (que não assina) criticara a anunciada transferência dos doentes do Hospital de S. José para as novas instalações de Rilhafoles (que se iria concretizar a 13 de Dezembro seguinte), por estas apresentarem alguma rudeza, comparando-as mesmo a “masmorras da inquisição”. Apontara ainda a falta de sentido de estado do Duque de Saldanha (então primeiro-ministro) tanto em relação ao conteúdo da decisão, como em

---

<sup>111</sup> Não apenas devido à sua posição mentalista, Freud acabou por ser influenciado pelos românticos, pela dimensão inatingível e inesgotável que conferiu ao humano e pela importância que deu ao símbolo nos processos interpretativos, embora deles se distancie, ao não considerar que o sujeito e a sua cultura tendessem para uma unidade harmoniosa. (Lo Bianco, 2002, p. 146-155)

termos formais, já que não consultara o Parlamento, como a Constituição impunha. Após esta alusão, António Ribeiro, refere a necessidade de transferência dos doentes para melhores instalações, devido ao “lastimoso” estado dos alienados das suas enfermarias. Num texto sem utilização de qualquer tabela apresenta alguns dados estatísticos: a 1 de Janeiro de 1847 estavam 231 pacientes internados, tendo até ao final do ano, sido admitidos 1342, sendo, portanto, o número total de internados desse período, de 1773. Destes, faleceram 518 e saíram com alta, 923; que o primeiro grupo era constituído sobretudo por epilépticos, paralíticos e idiotas (sem quantificar); que o hospício de Charenton, levava uma vantagem de apenas ¼ em cada um destes dois parâmetros. Perante os seus resultados, que considera positivos apesar das más condições de que dispunha, considera estranho não fazer parte da comissão que vai preparar as novas enfermarias de Rilhafolles para receber os doentes, registando assim o seu protesto. (Ribeiro, 1848, pp. 3-4).

*Neurologia e Psychiatria* é uma publicação científica da qual se conhecem apenas quatro números publicados entre 1888 e 1889. Como director teve António Maria de Bettencourt Rodrigues (1854-1933) médico alienista e político. Doutorou-se em medicina pela Faculdade em Paris onde foi ministro plenipotenciário em duas ocasiões: em 1913 e depois entre 1917 e 1918. Foi deputado em 1918 e após o golpe de 28 de Maio de 1926, ministro dos negócios estrangeiros, durante dois anos. Escreveram nesta revista, entre outros, Sousa Martins, Júlio de Matos, Adolfo Coelho, Magalhães Lemos, Alfredo Luíz Lopes, para além do próprio Bettencourt Rodrigues. Para além de artigos originais e de revisão continha também resenhas de artigos estrangeiros, sobretudo publicados em revistas inglesas, francesas (maioritariamente) e italianas.

É de realçar a quantidade de artigos sobre histeria, à época ainda campo da neurologia. Abundam, neste particular, as referências a Charcot, Babinsky, Janet e Briquet, entre outros. No que diz respeito à patologia psiquiátrica “clássica”, estas surgem frequentemente, em relação a Ballet, Magnan, Lasègue ou Maudsley, ressaltando, no que concerne às questões forenses, os nomes de Lombroso e Garofalo. Destaca-se apenas, como sendo de interesse estatístico um artigo referente a cinco observações neurológicas (todas concordantes) de Babinsky, relacionadas com a torsão do tronco devida a cistalgia. (Revista de Neurologia e Psychiatria, 1888 e 1899).

Até à publicação das obras de Miguel Bombarda, Júlio de Matos e António Sena não se assistiria à produção de bibliografia importante, em Portugal, ainda que a fundação do

Hospital de Rilhafóles em 1848, pudesse ter servido de manancial casuístico. Como veremos no próximo capítulo, a descrição estatística desta casuística limitou-se a relatórios internos, não passando a fronteira pública, característica da produção científica. Vivia-se então em Portugal, o período da Regeneração, em que a base da nova concepção de progresso, assentava na ideia de progresso científico, mas em que o motor principal era o da ciência económica. (Justino, 2011, p. 2)



### 3 A Estatística no Hospital de Rilhafoles (1848 a 1880)

#### 3.1 Introdução

O hospital de Rilhafoles, como anteriormente referido foi criado em 1848, por ordem do Duque de Saldanha, então primeiro-ministro, para o internamento dos alienados, que até então eram admitidos no Hospital de S. José. Anteriormente, o edifício servia a ordem dos oratorianos, chamando-se Convento de S. Vicente de Paula, tendo sido construído cerca de 1720. Entre 1835 e 1848 albergou as instalações do Real Colégio Militar. O nome “Rilhafoles” provém da implantação do edifício na quinta do mesmo nome. Após o assassinato de Miguel Bombarda, por um doente externo, a 3 de Outubro de 1910, passou alguns meses depois, a denominar-se Hospital Miguel Bombarda. Até 1883, data da inauguração do Hospital Conde Ferreira, no Porto, foi o único hospital psiquiátrico do país. Com a sucessiva abertura de vários hospitais e serviços de psiquiatria em hospitais gerais, a sua área geográfica de influência, foi-se restringindo, estando confinada nos últimos tempos a algumas partes dos concelhos de Lisboa e Sintra. Encerrou portas em 2012 com a transferência de serviços para o Hospital Júlio de Matos, já designado, em conjunto com o Hospital Miguel Bombarda, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

O corpo principal do hospital, de frontão dórico, em bom estado de conservação, é o correspondente ao antigo convento e está classificado actualmente pela Direcção Geral do Património Cultural. Do seu património artístico ressaltam sobretudo o salão nobre, decorado com azulejos setecentistas e com tecto restaurado em *art déco*, a capela barroca e diversos quadros de pintores portugueses como os retratos de Sobral Cid (de Querubim Lapa), de Miguel Bombarda (de Veloso Salgado), e do Duque de Saldanha (da autoria de Rodrigues e trespassado por uma das balas com que Miguel Bombarda foi alvejado pelo seu assassino).

O balneário, conhecido como balneário D. Maria II, revestido a azulejo, está também classificado pela mesma instituição. São visíveis as antigas banheiras em pedra com a finalidade de serem utilizadas para os banhos terapêuticos, hoje servindo de canteiros para flores. Nos últimos anos de funcionamento do hospital as instalações do balneário eram usadas para a biblioteca e os serviços de psicologia e de terapia ocupacional.

Também classificada, está a antiga 8ª enfermaria, hoje convertida em museu. Tal como as outras situadas fora do corpo principal do hospital, esta unidade foi construída posteriormente à abertura da instituição, em 1896, sendo da autoria do arquitecto José Maria Nepomuceno. Era utilizada, pelo menos de início, para os doentes mais perigosos e tinha uma forma circular com um sistema de vigilância panóptica, sendo conhecida na gíria do hospital por “redondel”. De facto, as celas, individuais, dispunham-se circularmente com um posto de vigia central, em torno do qual os doentes podiam deambular. Entretanto, esta enfermaria deixou de servir apenas propósitos forenses e passou também a integrar doentes mais degradados, nalguns casos gatilistas (em estado de decrepitude física e mental bastante acentuada).

Os directores da instituição que ocuparam o cargo ao longo do período estudado foram Martins Pulido (de 1849 a 1862), Guilherme Abranches (de 1862 a 1872) e Craveiro da Silva (desde 1872). Pulido concluiu a licenciatura, em Montpellier e apresentou tese na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, em 1843. Nesse concurso terá sido, aliás, preterido por Caetano Beirão, deputado miguelista (que dirigira as enfermarias de alienados do Hospital S. José entre 1846 e 1848), a quem viria a acusar de plágio.



Figura 5 – Litografia de Craveiro da Silva<sup>112</sup>

---

<sup>112</sup> Real Hospital de S. José de Rilhafoles, 1948, p. 4.

Era antepassado de Francisco Pulido Valente. (Patrono, s. d.) Abranches era natural de Avô (distrito de Coimbra), onde nasceu em 1812 e matriculou-se no curso de Medicina da Universidade de Coimbra no ano lectivo de 1830/31. (Na Real Imprensa da Universidade, 1830, p. 19) Foi fundador do Grémio Literário. (Fundadores, 2015) Exerceu medicina na cadeia do Limoeiro. Publicou o livro “Manual de Higiene da Infancia”, em 1866, (Abranches, 1866) e escrevia regularmente na Revista Universal Lisbonense, saída entre 1841 e 1859, periódico generalista que versava temas relacionados com a agricultura, indústria, literatura, belas-artes e “conhecimentos úteis”, perfilhando uma linha humanista e reformista, sem se imiscuir directamente em questões políticas (esteve encerrado durante a Patuleia). (Revista Universal Lisbonense, 2015) De Craveiro da Silva (figura 2.5) não conseguimos recolher informação significativa – para além de sessões clínicas apresentadas na Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa — e António Sena não lhe faz qualquer referência. Faleceu em 1891, ano anterior ao da entrada em funções de Miguel Bombarda.

Pelos seus escritos, pode-se deduzir que Martins Pulido professaria uma linha mais próxima do iluminismo e do secularismo, enquanto Guilherme Abranches, terá sido neste campo, mais neutro, como veremos na análise dos livros de ofícios que adiante apresentaremos. António Sena também descreve que Guilherme Abranches era favorável à oração como meio terapêutico (à semelhança de alguns psiquiatras germânicos coevos, como aqueles mais próximos do mentalismo e influenciados pelo romantismo), o que também constataremos adiante ao analisarmos a sua actividade epistolar.

### 3.2 O Arquivo do Hospital de Rilhafoles (1848-1880)

O objectivo desta secção é procurar descrever e analisar a produção estatística e eventuais consequências científicas levadas a cabo pelos médicos do Hospital de Rilhafoles, procurando discernir se a estatística ali recolhida, influiu na organização dos serviços para o desenvolvimento da assistência ou para estímulo de uma produção científica aí ancorada. A escolha do período em estudo (1848-1880) prende-se com a janela temporal de cerca de quatro décadas em que o Hospital de Rilhafoles foi o único estabelecimento para alienados a servir a totalidade do país. Desta forma se poderá inferir com maior rigor que qualquer eventual influência estatística sobre as obras publicadas sobre a psiquiatria portuguesa era

proveniente e apenas, do Hospital de Rilhafoles, o que valoriza mais a sua análise e reflexão no âmbito dos objetivos desta dissertação.

O arquivo do Hospital de Rilhafoles encontra-se presentemente no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (antigo Hospital Júlio de Matos). Consta essencialmente de livros de registo de admissões, papeletas clínicas, livros de registo de ofícios expedidos, de formulários terapêuticos (o mais antigo encontrado foi de 1885), processos forenses e outra documentação variada referente ao seu funcionamento burocrático, nomeadamente aos quadros de pessoal. Os livros de registo contêm informação mais sucinta mas mais sistematizada. Em contrapartida, as papeletas, contendo dados mais ricos sobretudo em termos médicos, têm uma organização mais específica, que difere de caso para caso, mas que pode em muitos deles, não ser completa.

As páginas dos livros de registo de admissões, dos livros de registo de ofícios expedidos e de algumas papeletas (adiante se explicará os critérios de escolha destas) foram fotografadas para depois serem então analisadas. Além dos livros de registo de admissões, deu-se particular atenção aos livros de registo de ofícios expedidos por aí constarem alguns dados estatísticos enviados para outras entidades.

#### *Os livros de registo de admissões e papeletas*

Cada página do livro de admissões, em formato aproximadamente A3, (figura 2.6) contém o nome do doente, a idade, a naturalidade e residência, a filiação, a profissão, o diagnóstico, o estado à saída, as datas de admissão e alta ou a causa da morte, quando verificada. Por vezes, encontram-se também comentários mais detalhados sobre a situação clínica ou jurídica dos pacientes (por vezes, referindo a condução compulsiva ao hospital pelas autoridades policiais), embora pela sua maior subjectividade narrativa e raridade se tornem difíceis de operacionalizar em termos de análise estatística. Para a nossa investigação, foram escolhidos os seguintes parâmetros: sexo, idade, naturalidade, residência, profissão e estado à saída já que permitiriam caracterizar os doentes sob o ponto de vista clínico e social e são estes que constam das tabelas apresentadas no anexo 2. Há que notar, contudo, que nessas tabelas os totais dos vários itens nem sempre coincidem por, como adiante veremos, a informação respeitantes a todos eles, nem sempre estar completa.

Estes livros compreendem, cada um, cerca de 300 internamentos, organizados pela data de admissão (não sendo conformes a períodos temporais específicos), uns para a 1.<sup>a</sup> divisão

sexual (homens) e outros para a 2.<sup>a</sup> divisão sexual (mulheres). A partir do livro 15, passam a conter cerca de 400 internamentos. Para o período em estudo existem 18 livros correspondentes à 1.<sup>a</sup> divisão — o último abarcando 168 doentes — e 15 livros à 2.<sup>a</sup> divisão — o último abarcando 299 — até às admissões do final de 1880.

Porém, o 1.<sup>o</sup> livro da 1.<sup>a</sup> divisão sexual está muito incompleto, só contendo e nem sempre, dados burocráticos (nome, idade e naturalidade). Consequentemente, não há acesso clínico directo aos internamentos de homens desde Janeiro de 1850 até 2 de Outubro de 1952, data em que se inicia o 2.<sup>o</sup> livro da 1.<sup>a</sup> divisão. A opção foi, para este período, a consulta directa das papeletas clínicas, para, assim, organizar um livro “virtual”, também organizado pelas datas de admissão. O “livro” acabou por compreender 435 internamentos, sendo de registar que os doentes mais antigos já estavam internados no Hospital de S. José desde 1826. As papeletas foram ainda utilizadas para completar a informação que consta dos livros mais antigos, sobretudo respeitantes à primeira metade da década de 50, por aquela ter, nesse período, numerosas falhas no que respeita aos dados biográficos dos doentes.

As maiores lacunas informativas encontram-se na naturalidade e residência: na maioria das vezes identificam-se o concelho e o distrito mas por vezes não há qualquer dado ou, amiúde, apenas o nome de um lugar, sem qualquer outra indicação mais geral. Frequentemente, também falta a idade, bem como a profissão, esta sobretudo no caso das mulheres e nos registos mais antigos. É provável, todavia, que a omissão dos dados não resulte apenas de incúria, mas também por o registo se referir, por vezes, a indigentes, estrangeiros em trânsito ou, presume-se, a doentes não colaboradores na recolha dessa informação e não haver, para tal, acompanhantes disponíveis.

A informação médica está quase sempre preenchida, embora, por vezes, com pouco rigor científico (por exemplo, “mania com tendências malfazejas”, ou simplesmente “alienação mental”), o que tornou difícil o seu agrupamento em classes.

Recolhidos os dados de cada livro optou-se por dividir a informação por anos, para assim se estudar melhor a evolução científica e informativa.

Entre 13 de Dezembro de 1848 e 31 de Dezembro de 1880, registaram-se 9214 internamentos, sendo 5169 (56.1 %) de homens (mínimo 102, em 1851 e máximo de 210, em

1863) e 4045 (43.9 %) de mulheres (mínimo 18 em 1849 e máximo 170 em 1860)<sup>113</sup>. Para efeito do apuramento destes extremos, excluímos os anos de 1848 para as mulheres e 1850 para os homens, visto muitas admissões não corresponderem a verdadeiros internamentos mas sim a transferências, maioritariamente do Hospital S. José.

A idade dos doentes era normalmente registada, sendo raros os casos em que é omissa. Em alguns casos – também pouco frequentes — a idade é assinalada normalmente com um número “redondo”, seguida de “pouco mais ou menos”. Além de pouco usuais, estes exemplos ocorrem mais amiúde no início do período estudado. Daqui pode depreender-se que, pelo menos com este parâmetro, houve, com o decorrer do tempo uma crescente preocupação de rigor, o que pode denotar uma tentativa de melhorar a recolha estatística que, de início, não existia.

A média de idades apurada foi, entre 1848 e 1880, de 39.1, tendo sido, de 37.3 para os homens e de 40.9, para as mulheres. A mais baixa idade nos internamentos masculinos deve-se, provavelmente, ao facto de a esquizofrenia (doença que concorre em grande número para os internamentos psiquiátricos) ter uma idade de aparecimento mais precoce nos homens, relativamente às mulheres.

---

<sup>113</sup> Estes dados são discordantes dos verificados hoje em dia, isto é, existe actualmente um predomínio de admissões femininas em todos os serviços de psiquiatria geral, o que talvez se explique por actualmente se internar mais patologia "menor" (por exemplo, episódios afectivos menos graves), em que o sexo feminino é mais prevalente. Pelo contrário, no século XIX, o objecto dos internamentos psiquiátricos era apenas a patologia mais grave e esta apresenta, no sexo masculino, manifestações mais espectaculares e violentas e, assim, implicar maior premência, até por razões securitárias, de reclusão psiquiátrica.



Também o registo da naturalidade dos doentes foi sendo aperfeiçoado progressivamente durante o período estudado, já que, de início, se encontrou mais amiúde localizações pouco precisas, em que, por exemplo, era anotado um lugar sem especificação de concelho ou distrito. Atentou-se à divisão administrativa e autárquica da época. A nível distrital, a principal diferença residia na inexistência do distrito de Setúbal (cuja actual área pertencia ao distrito de Lisboa). Considerou-se como “Grande Lisboa”, a cidade e os seus concelhos terrestres limítrofes que eram então, Belém e Olivais.

Os doentes são, na esmagadora maioria dos casos, naturais da cidade de Lisboa (24.2%), da Grande Lisboa (29,4%) ou do seu distrito (49.0%), sendo que se registou uma tendência para haver mais mulheres (56,2% para o distrito, 32,5% para a Grande Lisboa e 26,2% para a cidade) do que homens (43,3% para o distrito, 27,0% para a Grande Lisboa e 22,7% para a cidade), provenientes da área da capital (tabelas 7 e 8, anexo 2). À medida que aumenta a distância da capital, há maior rarefacção de doentes, embora seja curioso verificar que há alguns concelhos em que parece haver um predomínio de internamentos, o que pode ter a ver com a hereditariedade das doenças. Temos, por exemplo, os casos de Guimarães e Odemira. Guimarães representava, na segunda metade do século XIX, cerca de 14.5 % (7980 habitantes, segundo o censo de 1878) da população do distrito de Braga. (Veiga, 2004, p. 51) No entanto, a percentagem de internamentos de doentes naturais de Guimarães foi de 25,2 do total do distrito. Já em Odemira, esta relação situa-se nos 10 para 19.7%, o que está de acordo com os dados hoje conhecidos acerca da elevada incidência de doença mental, nomeadamente de suicídios neste concelho. Sabe-se hoje da elevada frequência de suicídios no Alentejo, o que constitui uma excepção a toda a zona mediterrânica, em particular no concelho de Odemira, onde está reportada uma taxa bruta de 71.2 por 100000 habitantes (Recomendações para uma estratégia nacional de prevenção do suicídio, p. 158). Em relação ao concelho de Guimarães não há números oficiais conhecidos, embora seja *vox populi* a ideia de haver na zona uma alta prevalência de doença mental (tabelas 7 e 8, anexo 2).

No início do período estudado nota-se igualmente uma incúria no preenchimento do local de residência dos doentes, que no entanto foi colmatada progressivamente com o decurso dos anos, não só em termos do número de registos como da maior precisão destes (como já se referiu para a naturalidade). Globalmente, constata-se uma ainda maior prevalência de doentes oriundos da área de Lisboa, com 74,1% para o distrito, 57,9% para a Grande Lisboa e 50,9% para a cidade, o que pode ter relação com os fluxos migratórios do país para a capital já que, é conhecida uma relação positiva entre a emigração e a doença mental, (Bourque,



Fusar-Poli & Malla, 2012, p. 518) embora não estejam disponíveis investigações sobre imigração interna. De facto, como já notava António Sena, o Hospital de Rilhafoles funcionou como hospital distrital, apesar de ser, até 1883, o único a servir todo o país, em termos de atendimento psiquiátrico. Não obstante, havia registo de internamentos provenientes de todos os distritos do país, das ilhas, de algumas colónias e até de países estrangeiros, sobretudo do Brasil. Significativamente, tal como em relação à naturalidade, é maior o número de internamentos femininos oriundos da região da capital (79.1% para o distrito, 62,9% para a Grande Lisboa e 55,7% para cidade), que o de internamentos masculinos nas mesmas regiões (70,5% para o distrito, 54,4% para a Grande Lisboa e 47,4% para a cidade). A razão desta discrepância poderá ter a ver com a maior mobilidade geográfica dos homens e, por outro lado, com a maior espectacularidade das suas descompensações psiquiátricas, sendo que o segundo factor pode contribuir para o primeiro, isto é, podia dar-se o caso de não estarem a residir no seu local habitual no momento da descompensação *et pour cause* (tabelas 9 e 10, anexo 2).

No que diz respeito às profissões apurou-se também uma preocupação crescente com o preenchimento dos dados, sobretudo no caso das mulheres, embora na esmagadora maioria dos casos, passassem a ser classificadas de “domésticas”, quando, de início, a profissão era omissa. Esta evolução provavelmente reflecte mais o reconhecimento gradual de “doméstica” como profissão, que uma mudança social substantiva neste campo. Surgem também algumas profissões populares entre as mulheres, sendo escasso o número de técnicas qualificadas e apenas uma com formação superior (curiosamente de nacionalidade britânica). No caso dos homens, predominam as profissões populares, aparecendo, alguns técnicos qualificados, servidores do estado, empresários e poucos com formação superior (tabelas 11 e 12, anexo 2).

Neste campo, o Hospital de Rilhafoles, esteve de par com os hospitais oitocentistas portugueses, no sentido em que serviu as classes mais desfavorecidas. São, todavia, reduzidos os internamentos de sem-abrigo, o que mostra, na abertura do Hospital de Rilhafoles, um intuito mais de assistência aos doentes que de preocupação securitária. Neste campo é também de realçar o facto de haver alguns internamentos de presos a cumprir pena em cadeias, o que reforça a ideia do propósito assistencial.

As categorias de diagnóstico são, como acima referimos, muito heterogéneas, amiúde inespecíficas e, por vezes, mescladas de conotações morais. Optámos por dividi-las segundo

a nosologia clássica da época: mania, lipemania<sup>115</sup>, monomania, demência e idiotia, esta incluindo imbecilidade (tabela 13, anexo 2). A mania compreendia, sensivelmente, se não excedendo, aquilo que hoje designamos por psicose, constituindo, como actualmente, a esmagadora maioria dos internamentos. A lipemania corresponde aproximadamente ao conceito de depressão major e a monomania a uma loucura parcial não invasiva com preservação da maioria das funções psíquicas, podendo estar vizinha das noções de paranóia ou perturbações da ansiedade, embora à época englobasse também comportamentos desviantes, como já referimos no Capítulo 1. Por sua vez, a demência e a idiotia equivalem, como hoje, a défices intelectuais, no primeiro caso adquirido e, no segundo, constitucional. Acrescentou-se ainda o alcoolismo, bem como a epilepsia.

Verificou-se que o número de diagnósticos de mania, além de maioritário, foi sempre constante, à excepção de uma diminuição no final dos anos 60, à custa, sobretudo, do aumento dos diagnósticos de lipemania e monomania. Esta última, que parecia ser diagnosticada de forma pouco precisa e demasiado abrangente, passou no final dos anos 70 a ter um cunho mais exclusivo, restringindo-se a alguns dos subtipos hoje aceites (ciúme e perseguição) e adquirindo uma casuística também próxima da actualmente verificada para a perturbação delirante, nos nossos internamentos psiquiátricos (tabela 13, anexo 2 e gráfico 5). A esta questão pode também não ser alheia a publicação de algumas obras em que o conceito era restringido a alterações intelectuais em detrimento das emocionais, como nos casos de Griesinger (Griesinger, 1867, pp. 305-318) e Carl Westphal. (Westphal, 1877, pp. 735-750) Em relação às demências, deu-se curiosamente uma tendência, que cresceu a partir dos anos 60, de as diagnosticar em jovens, sem que para tal concorresse qualquer patologia orgânica, o que provavelmente traduz casos a que hoje chamaríamos “esquizofrenia”. Concomitantemente, é em 1852 e 1860 que B. A. Morel publicou obras em que fala, respectivamente, em *démence juvénile* (Morel, 1852, pp. 235) e *démence precoce*, (Morel, 1860, p. 119) não como entidade nosológica mas como evolução possível de outras doenças, como mania ou lipemania, o que pode traduzir uma influência de compêndios estrangeiros no pensamento dos alienistas portugueses (Borja Santos, Palma & Trancas, 2014, pp. 33-41). Como se sabe, o termo, na sua formulação latina, *dementia praecox* seria depois utilizado por A. Pick em 1891 (Hoenig, 1995, p. 337) e E. Kraepelin, em 1893, (Noll, 2007, p. 107) já com

---

<sup>115</sup> Esquirol, como vimos acima, incluía a lipemania na monomania. Entretanto, na segunda metade do século XIX, alguns autores, como Morel, voltaram a considerar separadamente, o diagnóstico de lipemania, o que foi seguido pelos alienistas portugueses.

finalidade nosológica, para designar aquilo que mais tarde seria conhecido como “esquizofrenia”, vocábulo introduzido por E. Bleuler, em 1911. (Bleuler, 1952, p. 9) Como se constata, os alienistas portugueses de então, tinham na sua posse, elementos que lhes permitiriam chegar às mesmas conclusões de Morel. Contudo, parece ter sido a opinião deste a influenciar aqueles, já que, a partir do seu compêndio de 1860, há um incremento destes diagnósticos. O caso do alcoolismo mostra uma actualização bastante rigorosa dos alienistas do Hospital de Rilhafoles (o termo era recente, se levarmos em conta os padrões da época, em que as comunicações eram muito mais difíceis<sup>116</sup>. De facto, tendo em conta que a sua primeira utilização, como entidade nosológica nos arquivos de Rilhafoles é de 1861, em duplo diagnóstico e de 1862, isoladamente, (Borja Santos, Palma & Trancas, 2015b, p. 27) pode-se constatar que a actualização era exigente. Curiosamente, a um crescendo do número de diagnósticos de alcoolismo durante o resto da década de 60, houve depois uma regressão e estabilização nos 10 anos seguintes, o que mostra uma tendência, ainda hoje referida dos médicos, no sentido de existirem “modas diagnósticas”<sup>117</sup>. Porém, há que notar que, apesar de o alcoolismo não ser até então reconhecido enquanto tal, as consequências psiquiátricas e médicas do abuso do álcool (como o *delirium tremens* ou a cirrose hepática), já o eram.

Podemos, assim, verificar, em relação aos diagnósticos, que a evolução científica acompanhou, com alguma décalage temporal, a seguida na Europa, embora não haja registo de outras entidades nosológicas então já conhecidas, como a hebefrenia e a catatonia, descritas respectivamente por Hecker, em 1871 (p. 97) e Kahlbaum, em 1874. (p.3-6) De qualquer forma, não houve um aproveitar dos dados estatísticos recolhidos, para uma produção científica original.

Para o fim, deixamos o caso do suicídio que não constituindo uma entidade nosológica específica, constituía um comportamento desviante, geralmente englobado nas monomanias. Podia também ser sintoma acompanhante de outras patologias, como a lipemania ou a mania, situação ainda mantida hoje nas descrições nosológicas. Contudo, a ideação suicida já não se faz como diagnóstico de saída, podendo elaborar-se, à entrada, como motivo de internamento, e levar mesmo à judicialização deste. Mas sendo, à época, o suicídio, um comportamento

---

<sup>116</sup> O termo “alcoolismus” — data de 1849, escrito num compêndio sueco, traduzido para alemão em 1852 (Huss, 1852).

<sup>117</sup> As doenças, muito dependentes do comportamento humano, como o alcoolismo, ou como as de linha histórica, por natureza, moldadas patoplasticamente consoante o meio cultural, serão ainda mais sujeitas ao fenómeno das modas diagnósticas, referido por Ian Hacking. O facto de ser o próprio alcoolismo a ser reconhecido como doença e não apenas as suas consequências, bem como o correspondente *boom* inicial de diagnósticos, pode configurar um caso de “*making up people*”, conceito referido no capítulo precedente.

desviante et pour cause, segundo Hacking, integrado por Esquirol nas monomanias, esperar-se-ia no Portugal oitocentista, um fenómeno semelhante na nosografia psiquiátrica. Porém, atestámos na nossa observação que a temática suicidária entra timidamente nos diagnósticos a partir de meados dos anos 50, consolidando-se pela década seguinte e desaparecendo a partir de 1875. Assim, temos que na década e 60 e primeira metade da imediata, os alienistas portugueses pareciam seguir a tendência de Esquirol de integrar a ideação suicida nas monomanias, mas que com a posterior delimitação destas (já acima mencionada), aquela deixou de fazer parte das considerações nosológicas. Passou, como até hoje, a ser considerada apenas sintoma acompanhante de várias patologias. Para a temática suicidária ter aparentemente contado pouco para os alienistas portugueses, talvez tenha contribuído o facto de em Portugal nunca ter havido durante o século XIX, levantamentos dessa casuística. De facto, eles apenas surgiram depois de 1974. (Freitas, 1994, pp. 153–171)

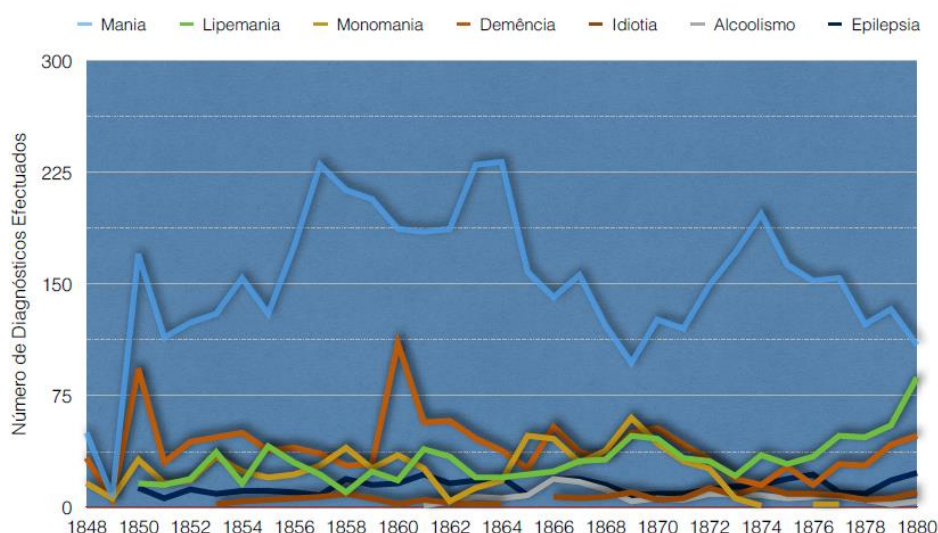


Gráfico 5 – Evolução dos diagnósticos da população de alienados admitidos no Hospital de Rilhafol (1848-1880)

Tal como hoje, em toda a medicina, o estado do paciente aquando da alta, era classificado geralmente em “curado”, “melhorado”, “mesmo estado” ou “falecido”, com a particularidade, no caso da psiquiatria, também como ainda sucede, de os três primeiros casos, poderem ter os qualificativos de “fuga” ou “a pedido” (estes, se bem que mais raros, também podendo ocorrer em outras especialidades). Em contrapartida, sendo hoje mais rara a condição de

falecido<sup>118</sup>, no século XIX, a morte de doentes psiquiátricos internados era comum, constituindo-se até, como alta probabilidade, em doentes idosos. Não significa isto que a casuística psiquiátrica tenha mudado radicalmente, antes havendo, à época, frequentemente complicações secundárias ao próprio internamento, até por más condições higiénicas que facilitavam contágios de doenças infecciosas ou por os doentes já terem patologias orgânicas que não eram detectadas à entrada.

Em termos evolutivos, o dado mais saliente é a diminuição da frequência dos “curados”, que se tornou mais relevante a partir de 1862, enquanto todos os outros estados se mantiveram, grosso modo, estáveis. Assim, antes de 1862 a média de “curados” era de 95,6 por ano, enquanto após este ano passou a ser de 39,7 (sobre o número de internamentos), sendo que o número de admissões não se alterou significativamente. A alta frequência com que as pessoas eram rotuladas de curadas, tinha provavelmente a ver, por um lado, com o optimismo terapêutico que enformava o pessoal técnico do Hospital de Rilhafoles, nos primeiros anos após a sua abertura e, por outro, com o desconhecimento das doenças mentais como entidades longitudinais. Ainda assim, o primeiro factor influenciava certamente o segundo, pois pela leitura atenta da literatura internacional, já se podia encarar a doença mental como algo que, na maioria dos casos, tendia a evoluir ao longo da vida do paciente, ao invés de se constituir como episódio isolado (o que efectivamente ocorre numa minoria de casos em relação às patologias que requerem internamento). Aliás, bastaria a simples consulta dos reinternamentos, que por vezes, mas nem sempre, eram assinalados, aquando de nova admissão, para constatar que os episódios tendiam a repetir-se, até porque não havia ainda a noção de cuidados em ambulatório, o que aumentava a probabilidade de recaídas. A razão de essa evolução ter ocorrido em torno de 1862 é desconhecida, mas pode-se especular que a mudança de director, ocorrida nesse ano (Martins Pulido foi substituído por Guilherme Abranches), para ela possa ter contribuído. De qualquer forma, os números de curas após 1862 já se aproximam dos referidos por Esquirol em 1838, que apontavam para cerca de um terço dos internados, (Esquirol, 1838a, pp. 92-93) tendo o autor francês admitido que eles podiam variar, conforme o país: mais curas em França, um número intermédio em Inglaterra e menos na Alemanha e Prússia. Alertava ainda Esquirol que mesmo que uma crise cesse, se pode estar na presença de uma evolução intermitente. (Esquirol, 1838a, pp. 76-80) O número de falecimentos, manteve-se mais ou menos constante durante o período estudado, o que

---

<sup>118</sup> Por razões directas, a anorexia nervosa é a única doença psiquiátrica que pode conduzir à morte.

pode significar que não houve, na altura, evolução dos cuidados médicos. Foram apenas significativamente mais altos em 1848, para as mulheres, e em 1850 para os homens, tradução plausível de terem sido esses, respectivamente, os anos de transferência de ambos os grupos, do Hospital de S. José para Rilhafoles, sendo provável que existisse aí uma grande quantidade de doentes muito deteriorados, pela sua avançada idade, estando alguns internados desde os anos 20 (tabela 14, anexo 2 e gráfico 6).

O preenchimento das causas da morte revela, como o dos diagnósticos psiquiátricos, pouco rigor científico, já que ele, tanto podia ser feito em termos sindromáticos (por exemplo, hemoptise ou ascite), como em moldes nosológicos (tuberculose pulmonar ou cancro do estômago). Aliás, a causa de morte mais frequente é “caquexia”. Não há também referência a ter sido realizada ou não autópsia, embora se saiba que há época, devido a ausência de meios complementares de diagnóstico, determinados diagnósticos só poderiam ser efectuados *post-mortem*. Estes dados revelam, no entanto, que o pouco rigor diagnóstico era equivalente na psiquiatria e no resto da medicina de então.

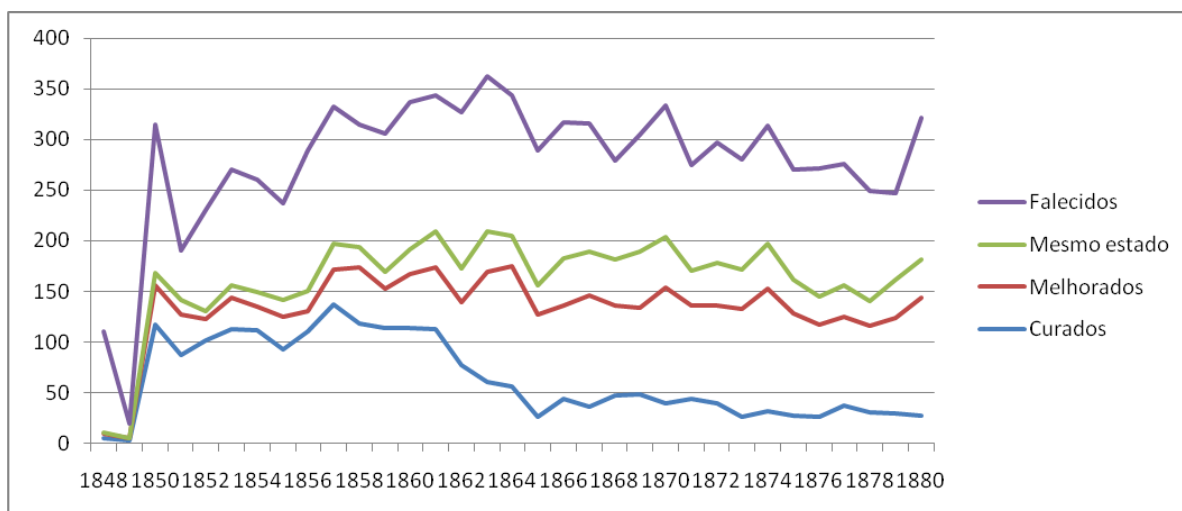


Gráfico 6 – Evolução do “estado à saída” dos doentes admitidos no Hospital de Rilhafoles (1848-1850)

### *Os livros de registos de ofícios expedidos*

Os livros disponíveis no arquivo são três, o primeiro abrangendo os anos de 1850 a 1852, o segundo até 1860 e o terceiro até 1869. Dado que cada livro abrange progressivamente maiores períodos temporais, podemos especular que, com o passar do tempo, estas funções se negligenciaram de forma gradual, tendo deixado mesmo de se realizar. Os livros contêm

transcrições das várias missivas que o director do Hospital enviava para o exterior. (Livros de Registo de Ofícios Expedidos).

Do primeiro livro, respeitante à correspondência enviada pelo Hospital de Rilhafoles nos primeiros anos da década de 50 do século XIX, destaca-se um ofício enviado pelo director, Martins Pulido, em Fevereiro de 1852, para o Enfermeiro-Mor (a designação tanto podia corresponder a enfermeiro-chefe como a administrador hospitalar, neste caso não indicando qualquer formação académica), em que se junta o relatório administrativo e clínico, bem como a estatística médica referente ao período entre 9 de Janeiro de 1850 e 30 de Setembro de 1851. Pelo conteúdo da carta, depreende-se que o destinatário se trata de um administrador hospitalar que tem a cargo (pelo menos) dois hospitais, Rilhafoles e S. José e que, o envio daquela documentação, serve para dar cumprimento à legislação então em vigor.

Depois de referir a ocupação do espaço físico do novo hospital pelos doentes, as obras necessárias de adaptação, a descrição do corpo do edifício e dos terrenos adjacentes (aludindo numericamente às áreas), Martins Pulido aponta a necessidade de construção de outros estabelecimentos congéneres no Reino devido à já manifesta insuficiência daquele. Porque, prossegue, supondo que há 1708 doentes mentais em Portugal (número que adiante explica) e que os curados são um terço do total de doentes (em contraste, como vimos, com a percentagem de doentes “curados” aquando da alta), conclui que Rilhafoles, tendo apenas 350 camas, corresponde às necessidades do país para este tipo de pacientes, já que muitos podem tratar-se no domicílio (posição que vem mostrar o uso da estatística para o planeamento assistencial da parte do Estado). Não deixa contudo de aconselhar o investimento em novos hospícios, para o internamento de incuráveis, explicando que essa separação acontece em Inglaterra, Estados Unidos e alguns estados alemães.

Seguidamente explica o regime do hospital (a separação em quatro classes económicas, conforme as possibilidades de pagamento e as correspondentes instalações hoteleiras), bem como a sua disciplina (vigilância, trabalho, sobretudo na agricultura e manufactura, prémios e castigos). Refere ainda que, durante o ano de 1850, a ocupação média dos doentes foi de 327 dias (159 para os homens e 168 para as mulheres), correspondendo no total a 119355 dias (58035 para 61320). Considera que este número correspondeu a 60000 de trabalho para os doentes, concluindo que a relação trabalho-residência foi aproximadamente de 1:2, congratulando-se com o facto de esta relação ser comparável à verificada noutros países (1:2,6 e 1:4,4 em dois hospitais franceses e 1:2,4 num hospital inglês). Não deixa assim de ser

evidente, que a par da dimensão assistencial, os números serviam também uma racionalidade económica, no sentido de minorar as despesas do estado para com os alienados.

Descreve também o regime de trabalho do pessoal hospitalar, os serviços administrativos e enquadramento legal dos internamentos e tratamentos no domicílio. Alude às despesas, referindo que os gastos com os alienados, durante 1850, ascenderam a 19038\$688 (após a implantação da República, mil réis passaram a valer um escudo) o que dava para cada um dos referidos 327 doentes, 58\$222,2 (anualmente) e 159,5 reis (diariamente). À despesa total deduz 3129\$888 resultante do pagamento dos doentes não indigentes e da venda de produtos agrícolas, concluindo que aquela se quedava por 16015\$617 (total anual), 48\$977,4 (individual anual) e 134 reis (individual diário). No primeiro semestre de 1851, a despesa diária de um doente após as deduções já se cifrava em 124,7 reis o que fez Martins Pulido regozijar-se pelo facto de o Hospital S. José ter ficado a ganhar com a transferência de doentes, pois poupou, em cada um, 3 reis por dia, em 1850 e 13 reis em 1851. Mais uma vez, ressalta a não indiferença perante o vector económico, aqui já no sentido de mostrar ao poder político a utilidade financeira, que mais não fosse, da assistência aos alienados e assim poder justificar a existência do asilo.

Passando depois à secção da estatística médica, Martins Pulido começa por afirmar que o número de doentes internados entre 9 de Janeiro de 1850 e 30 de Setembro de 1851, que é de 675, não permite indagar acerca da frequência, causas, formas e complicações da doença mental em Portugal, bem como em relação à idade, sexo, estado domicílio, profissão e condição social dos afectados. Explica ainda que confirmou os números pelos livros da Casa de Assentos do Hospital S. José.

Recorda que no início do referido período havia em Rilhafolles 166 mulheres alienadas (mais duas não alienadas), a que se juntaram 156 alienados, perfazendo 324 doentes. Até ao fim do período, registaram-se 381 internamentos (183 homens e 198 mulheres). Deduzindo depois o número de doentes não alienados (16) e as readmissões (14), concluiu que a população atendida foi de 675 doentes alienados (325 homens e 350 mulheres).

Explica depois que dos 16 não alienados, 12 eram funcionários e ali foram internados por causas médico-cirúrgicas, (enumera-as) e 4 não estavam afectados de doença mental, conforme se suspeitou na admissão. Apresenta depois a tabela correspondente ao total das admissões no referido espaço de tempo, que é dividido em três períodos: os que já estavam



internados em S. José, antes de 1850; os internados em 1850 e os internados nos três primeiros trimestres de 1851 (tabela 15, anexo 3).

Em seguida, Martins Pulido diz acreditar na existência de uma co-relação, entre si, dos fenómenos do mundo moral, quer eles se manifestem nos factos da vida individual, quer nos factos sociais tal como eles são descritos na vida das nações, o que pressupõe a presença de uma lei que, como no mundo físico, regula aquela co-relação. Isto porque, acrescenta, os fenómenos da vida, nomeadamente os infortúnios não são casuais, ainda que o possam parecer, pois os referidos fenómenos guardam entre si analogias de modalidade co-relativas a determinadas dependências de número. Daí, conclui, a utilidade da estatística para o avanço da ciência. Estas relações parecem trazer aqui uma noção de inevitabilidade da doença mental (fatalismo estatístico), ressaltando uma aceitação, mas também como consequência, o dever de a combater. Mostram também que Martins Pulido aderiu à visão de Condorcet e Quetelet, no sentido em que considerava que os tanto os fenómenos sociais como os físicos, se regiam pelo mesmo tipo de leis matemáticas.

Logo após, apresenta outra tabela (ocupando várias páginas), por nós formatada em termos legíveis (figura 2.7, tabela 16, anexo 3), respeitante às admissões, contendo itens mais pormenorizados, nomeadamente as razões da admissão (se requerida por autoridade pública ou pela família), a nacionalidade e no caso dos portugueses a naturalidade por distritos, os intervalos etários (por janelas de cinco anos, dos 10 aos 80 anos), o estado civil, a profissão (agrupados por artes, militares, marítimos, moços de frete, criados de servir, trabalhadores de campo e sem profissão ou desconhecida), causas (físicas e morais) e diagnóstico pela classificação de Esquirol e pela curabilidade ou não. Neste caso, parece haver uma preocupação de demonstrar a utilidade do hospital, considerando a sua abrangência, não apenas geográfica, como também social.

Figura 7 – Fotografia dos registos de Martins Pulido<sup>119</sup>

Depois da apresentação destes mapas, Martins Pulido discorre acerca de alguns itens, começando pelo sexo, dizendo que o número de mulheres, excede ligeiramente o de homens, mas numa proporção esperada, devido à população feminina ser no país superior à masculina, embora neste particular não apresente números (de facto, se estes estudos tivessem prosseguido de forma rigorosa nos anos seguintes, os responsáveis pelo hospital ter-se-iam apercebido que o número de homens era maior, embora, realmente, naqueles primeiros anos o números de mulheres o suplantasse). Atendendo até, prossegue Martins Pulido, a que as autoridades são menos rigorosas com a doença mental nas mulheres do que nos homens (tal poderá ter a ver, como referimos, com a sua menor perigosidade) e que a sua condução a partir de outras localidades é mais difícil, estima que o número de alienadas seja efectivamente maior que o apresentado. Justifica esta conclusão por nos distritos de Lisboa e Santarém, a diferença entre mulheres e homens ser superior à dos restantes distritos (provavelmente por daqui a condução ser mais fácil, pela proximidade). Em relação à idade,

<sup>119</sup> 1º Livro de Registo de Ofícios Expedidos, p.122.

aponta o intervalo de 20-25 anos como sendo o maioritário em termos de admissões, com 87 pacientes (46 homens e 41 mulheres) e apresenta a respectiva tabela. No entanto, para as mulheres, isoladamente, o grupo mais atingido é dos 30 aos 35 anos. O autor defende ainda que não se devem misturar nesta apreciação os doentes que já provinham de S. José, visto as suas condições clínicas serem outras. Esta observação mostra uma sensibilidade clínica que a ter sido tornada pública, podia ter sido antecipado em algumas décadas, algumas descobertas de psiquiatras estrangeiros (juntamente com o facto de poder-se constatar que a demência não orgânica também podia ocorrer em jovens e, aqui, até chama a atenção para que as doentes provenientes de S. José não entrem para as mesmas considerações, por constituírem uma população mais envelhecida e degradada). De facto, como vimos, a idade de aparecimento da doença mental nos homens continua a ser ligeiramente inferior à das mulheres, provavelmente, à custa da esquizofrenia<sup>120</sup>. Para o estado civil, Martins Pulido aponta que, em relação aos solteiros, a proporção é de 1:1,6, aos casados de 1: 4,9 e aos viúvos de 1: 7,9. Se nos casados, a proporção é igual nos dois sexos, já difere nos solteiros (1:1,4 nos homens e 1:1,8 nas mulheres) e nos viúvos (1:4,6 nos homens e 1:23,2 nas mulheres). No que respeita às profissões, o autor reconhece as falhas no preenchimento dos dados na admissão dos doentes que espera, sejam corrigidas no futuro, o que deixa transparecer a sua visão estatística. Ainda assim, adianta que a forma como as dividiu não permite estabelecer qualquer diferença significativa entre elas, no que toca à proporção de doentes afectados. Deixa pois em aberto, a possibilidade de encarando de forma distinta a divisão, se poder chegar a conclusões dissimilares, mostrando uma abertura a outras possibilidades abertas pelo raciocínio estatístico.

Em termos do domicílio dos doentes, admite as lacunas de cobertura assistencial de todo o Reino, não sendo para ele de estranhar que mais de metade dos internados seja oriunda de Lisboa (467 em 675), seguindo-se lhe os distritos mais próximos, Santarém e Leiria. Aponta ainda o facto de os distritos do Porto e Faro, dada a facilidade de transportes que têm com a capital, estarem mais representados do que seria de esperar atendendo às distâncias geográficas<sup>121</sup>. Mas apesar da impossibilidade de uma estimativa rigorosa em relação ao

---

<sup>120</sup> Como referimos noutra local, foi Morel, em 1860, que usou o termo francês “*démence précoce*” para uma síndrome, que mais tarde Kraepelin cunhou em latim (“*dementia praecox*”) para nomear uma entidade nosológica e que ficaria conhecida como “esquizofrenia” em 1911. (Morel, 1860, Kraepelin, 1896, Bleuler, 1952)

<sup>121</sup> Martins Pulido estará certamente a referir-se às ligações marítimas, então existentes, do Porto e de Faro para a capital.

número de alienados em todo o território, Martins Pulido propõe-se calculá-lo indirectamente a partir dos doentes do distrito de Lisboa. Para esse efeito, dos 467 doentes domiciliados no distrito de Lisboa, considera os que, a 30 de Setembro de 1851 ainda permaneciam em Rilhafoles e fossem nacionais (o que perfazia 150) e a partir daqui faz a comparação com a população distrital e depois com a de todo o território nacional, chegando assim ao acima referido número de 1708 alienados no país.

Quanto ao facto de o número anual de alienados admitidos vir aumentado paulatinamente desde 1842, ainda em S. José (não explicando por que começou, neste ano, o levantamento), refere que tal se deve provavelmente à maior solicitude das famílias em conduzirem os seus doentes ao hospital e não a um aumento da doença mental, já que o mesmo terá ocorrido nos países onde tiveram lugar as mesmas reformas. Aliás, aponta, baseado em números comparativos com Inglaterra, França, Prússia, Províncias do Reno e Bélgica, que Portugal é dos países com menor taxa de doença mental. Discorda, no entanto, dos que opinam que os malefícios da civilização, nesses países, possam, por si mesmo, ser responsáveis pelo maior número de alienados, reconhecendo que esta hipótese não estava esclarecida, até por a condução policial ao asilo ser mais fácil nos referidos países e por a questão da “maior civilização” ser subjectiva, concluindo tratar-se de um tema complexo com muitos agentes patogénicos. Até porque, acrescenta, uma análise clínica da alienação mental necessitaria da investigação sobre cada uma das suas formas específicas. Em todo o caso, adianta que algumas diferenças civilizacionais que possam explicar a menor ocorrência de doença mental no nosso país podem radicar na religião, pelo facto do catolicismo, detentor da autoridade e de um dogma inquestionável, dar menor azo, como no caso do protestantismo, à liberdade e controvérsia e com isso a mais preocupações afectivas e incoerência de ideias, causas de padecimentos mentais, opinião que admite ser discutível e que no presente relatório não encontra espaço para a sua cabal explanação. A frequência, segundo o autor, é ainda menor na população rural, sendo a proporção desta para a geral de 1 para 2:412 nos homens e de 1 para 2:085 nas mulheres enquanto a da capital para a geral é de 1 para 1:350 nos homens e de 1 para 1:256 nas mulheres, números que apresenta como conformes aos estrangeiros e denunciadores da exposição aos malefícios da cidade<sup>122</sup>. Estima ainda que na capital a faixa etária mais atingida é dos 40 aos 60 anos (nos dois sexos) sendo a mesma noutros concelhos

---

<sup>122</sup> Mantém-se actualmente a ideia que a doença mental é mais prevalente nas cidades que no campo, embora tal possa ser explicado pela maior acessibilidade aos serviços nas regiões urbanas e pela maior tolerância e solidariedade existente nas populações rurais, em relação aos doentes mentais.

para as mulheres, mas a dos 25 a 40 anos para os homens, donde conclui que a doença mental é mais prematura no sexo masculino<sup>123</sup>. No distrito de Lisboa, refere ainda Martins Pulido que a proporção de solteiros é de 1 para 1:041,8 enquanto nos casados é de 1 para 3:740. Especula que o homem casado está mais ao abrigo das inquietações do solteiro, facto que explicaria estes números, aliás, também em linha com os estrangeiros<sup>124</sup>.

Sobre os motivos da alienação e condição social dos alienados o autor começa por afirmar que eles são um encargo para a família e a sociedade. Daí que as admissões se dêem a pedido da família ou por ordem das autoridades. Especifica então que, nos homens, os números foram no primeiro caso, de 175 e no segundo, de 128 e nas mulheres, de 183 e de 146, respectivamente. Registou ainda 22 homens e 21 mulheres transferidos de outras especialidades.

Nos admitidos a pedido das autoridades particulariza que 10 homens e uma mulher foram internados na sequência de crimes contra as pessoas e um homem por crime contra a propriedade. Mas aponta a raridade dos casos com tendências homicidas (apenas refere um homem que cometeu dois assassinatos, sendo um já no Hospital S. José), o que, diz, vem mais uma vez, segundo ele, provar a boa índole dos portugueses. Em relação aos indigentes conta 112 homens e 140 mulheres sendo, em cada grupo, o número de mendigos de cinco pessoas. Havia ainda 22 espanhóis (não especifica por sexo), dois franceses (um homem e uma mulher) e seis brasileiros (três homens e três mulheres), todos residentes na capital. Enaltece as famílias por colaborarem com o asilo ultrapassando os preconceitos instalados, como o de acreditar que aí os doentes são sujeitos a tratamentos cruentos e regista o facto de se encontrarem internados, indivíduos de todas as classes sociais.

No que concerne às causas da alienação mental, Martins Pulido, lamenta também as omissões no preenchimento destes dados, mais acentuadas ainda nos internamentos anteriores a 1849, embora admita a dificuldade em conhecer a patogenia destas doenças, podendo-se apenas, apreciar os factores mais prováveis. Contudo, adianta que foram apontadas causas morais em 128 casos e físicas em 85, tendo nestes sido detectados em 40, predisposições hereditárias. Aponta que é provável que a frequência destas causas não seja idêntica em todas as formas de delírio, mas que esse estabelecimento era, no momento, impossível. Em relação

---

<sup>123</sup> Essa conclusão também é hoje dada por correcta, o que se explica pela maior precocidade da esquizofrenia (que contribui para uma grande percentagem dos internamentos) no sexo masculino.

<sup>124</sup> A doença mental também é actualmente considerada mais prevalente nos celibatários que nos casados.

aos diagnósticos começa por estranhar que em 32 anos não tenha surgido nenhum caso de idiotia (“cretin”), o que diz ser frequente noutros países<sup>125</sup>. Refere a incurabilidade do delírio em 301 casos (155 homens e 146 mulheres) e que a proporção de curáveis para incuráveis é de 1:1,2. (1:2,2 nos homens e 1:5,4 nas mulheres), em 1850 e de 1:5,2 (1:6 nos homens e de 1:4,7 nas mulheres), em 1851. Relata que o número de incuráveis era maior de 1818 a 1849<sup>126</sup>, cifrando-a proporção em 1:2,2 (1:3,7 nos homens e 1:2,9 nas mulheres). Espera que no futuro aquela relação aumente ainda mais, pois é vocação do hospital o tratamento curativo ainda que seja também de recolher os incuráveis perigosos.

Especifica depois numa tabela o número de casos para cada uma das classes diagnósticas (segundo a classificação de Esquirol) e, noutra, o número de casos consoante uma terminologia mais sindromática, especificando a eventual agitação psicomotora, cruzando-os, com as da primeira tabela (tabelas 17 e 18, anexo 3). Sublinha a este propósito que são raros os casos de delírio furioso – ainda assim rapidamente dissolvido – apontando a docilidade e submissão da maioria dos doentes, de acordo com as características da população, mas também devido ao regime disciplinar do hospital que dispensa, na maior parte das vezes, o emprego de meios coercivos, ainda assim mais frequente nas mulheres. Em termos nosológicos alude à maior frequência de monomania orgulhosa nos homens e amorosa nas mulheres e de lipemania hipocondríaca nos primeiros e histérica nas segundas. Relaciona estas frequências com o facto de nos homens, as principais causas morais de alienação, serem os desgostos domésticos e reveses de fortuna e nas mulheres a paixão amorosa malograda. Conclui esta secção mencionando a utilidade de saber a influência da idade, sexo, profissão e estações do ano conforme os diversos quadros, tarefa que reputa impossível dada a escassez da amostra. Como complicações mais frequentes do delírio, o autor referencia a epilepsia e a paralisia geral. Para a primeira aponta uma proporção de 1:37 (a par com os números estrangeiros) e para a segunda o seu registo em 31 casos (22 homens e 9 mulheres). Aqui, se a situação estava de acordo com os números franceses, registava-se um menor número total de casos em relação ao norte da Europa. Aponta ainda os amolecimentos cerebrais, a apoplexia, as diarreias, a anasarca, a hidropisia, o escorbuto e os edemas. Considera bom o estado sanitário geral dos doentes e que este se reforçou com a transferência de S. José

---

<sup>125</sup> Provavelmente os casos de atraso mental viriam rotulados de um segundo diagnóstico. Ainda hoje se discute, no caso de duplo diagnóstico com atraso mental, qual deles deve prevalecer.

<sup>126</sup> Talvez esse fenómeno se devesse a existirem em S. José, doentes mais deteriorados, pois estavam internados cronicamente.

responsabilizando a vida ao ar livre, as ocupações e a disciplina de Rilhafoles por esta melhoria.

Relativamente às altas, Martins Pulido, refere que no período relatado, se registaram 353, incluindo aquelas a pedido, evasões e falecimentos. Do total, 150 terão saído curados (distingue estes dos “reputados curáveis”), sendo minoritários neste grupo os admitidos entre 1818 e 1849, o que diz estar de acordo com os números de Esquirol (cita este autor, remetendo para a página 282). Nos principais grupos nosológicos (mania, monomania e lipemania), considera a proporção igual entre homens e mulheres (1:2,5 e 1:2,4). Aponta 12 recaídas (1:10), admitindo que elas possam por em causa o conceito de curabilidade da alienação.

Os falecidos correspondiam a 121 casos (65 homens e 56 mulheres), sendo o número inferior no período entre 1842 e 1849 (1:9,4), em relação a 1850 (1:6 e a 1851 (1:8,9). Nos homens, a maioria dos óbitos ocorreu entre os 25 e os 30 anos e nas mulheres entre os 45 e os 50. Reporta ainda o autor, não haver nos falecimentos qualquer influência sazonal, mas antes a condição de incurabilidade da doença mental.

Martins Pulido estabelece depois algumas conclusões finais em relação à curabilidade e à mortalidade. No que respeita à curabilidade propõe-se avaliá-la em relação a três parâmetros: totalidade da população hospitalar (alienados asilados); doentes admitidos no mesmo ano e, alienados reputados curáveis. Para todos estes itens faz a comparação de Rilhafoles com as antigas enfermarias de S. José e com outros asilos europeus e americanos e considera que os números de Rilhafoles estão a par com esses centros, sendo mesmo a melhor no que concerne aos asilados curados. Desta comparação apresenta tabelas. Reconhece a falibilidade desta estatística em relação aos doentes com alta, pois muitos voltam com recaídas. Excluiu da contagem esses casos (até ao dia 13 de Novembro de 1851, sendo Janeiro de 1852 a data da carta). No que diz respeito à mortalidade o autor refere que os números são também comparáveis com os dos outros hospitais, sendo ligeiramente melhores que os números franceses, apenas sendo um pouco suplantados pelos de Palermo e Charlestown. Conclui, indicando os melhoramentos a fazer: o aperfeiçoamento das instalações para banhos, a criação de uma caixa de socorros (para os indigentes com alta), a melhoria dos vencimentos dos funcionários (algo que “julgo dever lembrar a V. Ex.<sup>a</sup>”). A finalizar, enaltece a melhoria que o Hospital de Rilhafoles representa para a qualidade de vida dos doentes mentais, ao

permitir resgatá-los das condições inumanas das enfermarias do Hospital de S. José. (1º Livro de Registo de Ofícios Expedidos)

O segundo livro, de interesse estatístico contém apenas um mapa respeitante à morbilidade por cólera, entre 19 de Outubro e 9 de Novembro de 1855 (a epidemia grassou em Portugal em meados da década de 50). Por não respeitar à nosologia psiquiátrica, não o abordaremos. Mais uma vez, no entanto, se nota que, tal como sublinhámos a propósito de alguns artigos científicos da década de 30, a par da psiquiatria, estava a infecciologia a mobilizar a estatística. (2º Livro de Registo de Ofícios Expedidos)

Do terceiro livro consta um ofício enviado ao administrador do Bairro Alto em que se junta um mapa em que constam os doentes admitidos e saídos entre 1857 e 30 de Junho de 1861, sem outras considerações epidemiológicas, apenas sendo discriminado o sexo dos doentes.

Está presente o registo de outra missiva do mesmo teor para o Regedor da Freguesia da Pena versando o número de admissões e altas no ano de 1863, aqui já especificando, além do sexo, os números de curados, melhorados, saídos no mesmo estado e falecidos. Em ambos os casos não é tecido qualquer comentário acerca da estatística apresentada.

Um outro ofício expedido para o Enfermeiro-Mor (que por sua vez recebera um pedido do Ministro francês, nesse sentido, datado de 30 de Dezembro de 1864), visava informar o Ministro da Agricultura, Comércio e Obras Públicas de França, que necessitava dos números de Rilhafoles respeitantes aos anos entre 1855 e 1859, para um determinado trabalho oficial, que estava a realizar. O director de Rilhafoles (já era então em exercício, desde 1862, Guilherme Abranches) começa por explicar que a reunião dos dados foi feita à pressa – o que parece indiciar que a sua recolha metódica e exaustiva, bem como a respectiva análise, deixara de estar na ordem do dia — mas que, ainda assim, preferiu efectuá-la, para evitar que o Hospital de Rilhafoles não fosse excluído do referido trabalho.

Inicia o relatório salientando o esforço português para acompanhar as nações mais desenvolvidas no apoio aos alienados (posição que, tal como a anterior, revela que a perda de rigor científico intelectual não é contraditória com a vontade de protagonismo fácil). Explica depois a localização do estabelecimento, num ponto elevado da cidade, para fugir ao bulício desta e ser capaz de dominar de um vasto horizonte, ao mesmo que foge aos focos de infecção, reunindo assim condições desejáveis num edifício que, apesar de tudo, não foi construído para o efeito. Faz depois referência à lei francesa de 1838 que inspirou o



regulamento de Rilhafoles. Guilherme Abranches elucida em seguida que, apesar de depender da Administração de S. José (provisoriamente), Rilhafoles tem uma administração interna independente, especificando as competências de cada uma, bem como o tipo de funcionários que o compõem. Adianta depois que as enfermarias estão organizadas segundo o comportamento dos doentes, seguindo os preceitos científicos então em vigor, salientando, apesar da vigilância constante, o espírito de brandura que rege os serviços, só se considerando os meios repressivos (colete, reclusão, banhos) em casos extremos. Enaltece depois a ocupação e o trabalho como integrantes do tratamento moral, sendo os principais no estabelecimento, a agricultura e a jardinagem, que também contribuem para as suas receitas. Salienta também a importância da ginástica e prática de jogos. Refere igualmente oficinas várias, cuja escolha para cada alienado depende do tipo de doença, condição social e grau de instrução daqueles. Porém, alguns aprendem ali o ofício que após a alta podem utilizar como meio de subsistência. Por fim, aponta igualmente os serviços domésticos como possibilidade de ocupação. Contudo nega que alguns possam trabalhar à jorna no exterior, dado que vê o trabalho mais como instrumento terapêutico que como fonte de receita para o hospital, não sendo, de todo, obrigatório, recordando que a legislação francesa vai no mesmo sentido.

Guilherme Abranches refere que, para os pensionistas, as distrações consistiam em jogos (gamão e bilhar), música, canto, leitura e declamação, bem como, por vezes, passeios no exterior e divertimentos públicos, embora sob indicação médica. Louva também o serviço religioso, explicando a importância dos conselhos e consolações dos clérigos, mas também por que a eles os alienados podem efectuar determinadas confissões, importantes para o tratamento, salientando neste campo, a opinião, do mesmo teor, de alguns especialistas estrangeiros, entre os quais J. P. Falret. Aborda, em seguida, os banhos, considerando-os o tratamento físico mais eficaz para a doença mental. Estes podem ser de duche, imersão, gerais, locais ascendentes, descendentes em estufa quente com afluxos frios (banho russo), de vapor húmido e aromáticos, conforme a prescrição médica, que também colocam, segundo ele, o Hospital de Rilhafoles a par com os melhores estrangeiros.

Refere depois as admissões efectuadas conforme ao regulamento do hospital, embora este possa ser ultrapassado em caso de urgência. Na decisão de internamento pesa tanto a necessidade terapêutica como a segurança da sociedade, embora tenha de ser verificada doença, sendo da responsabilidade do director. Obtida a cura procede-se de imediato ao despedimento, acompanhado de conselhos preventivos, sendo ambos – a admissão e a alta — da responsabilidade do director. Especifica então os serviços clínicos que constam de visitas

diárias aos doentes, de conferências de médicos para discussão dos meios terapêuticos (físicos e morais), sendo as drogas fornecidas pela farmácia do Hospital de S. José. A alimentação, cuja composição está também sob indicação médica é fornecida, três vezes ao dia, em refeitórios e concorre, segundo o autor, juntamente com as medidas sanitárias, para o bom estado geral da população internada, tornando qualquer moléstia que surja, tão potencialmente fatal como se surgisse fora do estabelecimento.

Guilherme Abranches começa por referir que no quinquénio relatado, o número de admissões (com predominância estival e de solteiros, estes sobretudo homens) foi de 1563 (797 homens e 766 mulheres). Em termos de idade, a 4ª década de vida, seguida da 3ª, foram as mais afectadas sendo que, em relação à residência, se apuraram principalmente admissões do distrito de Lisboa. A maioria (1373) era indigente contando-se 190 pensionistas, sendo aqui os homens o dobro das mulheres.

No que diz respeito aos diagnósticos o mais verificado foi o de mania, seguida da monomania, demência, a lipemania, a idiotia e delírio agudo (alcoolismo). Na primeira, a forma mais usual foi a contínua tranquila, enquanto na segunda predominaram a amorosa, a religiosa, a orgulhosa, a suicida e a erótica. Na lipemania assistiu-se sobretudo às modalidades, hipocondríaca e histérica. Os curados (513) foram 271 homens e 242 mulheres, correspondendo, na sua maioria, também ao Verão. Os curados de mania foram 417 (233 homens e 184 mulheres). Todas as manias intermitentes se curaram ou melhoraram. Nas monomanias intermitentes (127) curaram-se 36, sendo o dobro nas mulheres. Das 99 lipemantias, curaram-se 54, sobretudo as da forma hipocondríaca (37 entre 50). O mesmo se passou com 6 dos 14 casos de delírio agudo, não havendo nenhum a registar nas 150 demência e 34 idiotias. A relação dos curados para a população foi, 1:4 e para as admissões, 1:3.

Os óbitos (500) ocorreram sobretudo no Outono havendo necessidade de deduzir 35 falecidos de cólera, 41 de tuberculose pulmonar prévia à admissão e 102 provenientes, já caquéticos ou com demais patologias, de outros hospitais, o que faz com que se tenha de contar com 322. Para a população a mortalidade foi, 1:6,4 e para as admissões, 1:4,8. Guilherme Abranches refere por fim que o correspondente mapa, que a seguir apresenta (tabela 19, anexo 3), se presta facilmente a comparações com os dos hospitais estrangeiros, sendo portanto de pensar que terá sido esse o propósito do pedido do Ministro francês em Portugal. (3º Livro de Registo de Ofícios Expedidos)

Estes dois relatórios, de Martins Pulido e de Guilherme Abranches, mostram que no espaço de uma década (do início dos anos 50 para o início dos anos 60), a visão estatística estiolou na psiquiatria portuguesa, como já antes acontecera em relação à produção científica. Uma das razões deste enfraquecimento, que aliás acompanhava o que se verificava em França, pode ter sido a ausência de conclusões científicas importantes, resultantes da recolha de números. Outra razão, pode ter sido a de que estes se repetiam e de que seria, portanto, inútil a continuação do esforço, não tendo existido o alcance de procurar novas relações e cruzamentos de dados. De facto, se bem que mais modesto nas suas ambições, o relatório de Guilherme Abranches confirma, no essencial, os dados já trazidos a lume por Martins Pulido, sendo a principal discrepância o facto de aquele ter constado o maior número de admissões de homens, sobre o que não teoriza, como não faz, aliás, em relação nenhum item. Esta perda de entusiasmo com a dimensão estatística parece ter seguido a degradação progressiva das condições de Rilhafolles nas décadas de 60 e 70.

No que diz respeito ao labor estatístico verificado no Hospital de Rilhafolles até 1880, vemos assim que o notável esforço do primeiro director – que, no entanto, não franqueou a fronteira do saber privado – não teve continuidade sustentada, embora não tivesse sido, de todo, abandonado. O trabalho de Martins Pulido, que resultou de uma aturada pesquisa de dados efectuada desde a abertura do hospital e que foi aumentando, com a passagem do tempo, o seu rigor, teria, por si só, qualidade suficiente para uma ou várias publicações científicas, tendo ficado, porém, sepultado nas páginas dos citados livros. Só seria divulgado mais tarde nos *Anais Portugueses de Psiquiatria* (Pichot & Barahona Fernandes, 1983, p. 254), ou mais recentemente, em 2012 e em 2013, em versões re-impressas pela Imprensa Nacional.<sup>127</sup>

---

<sup>127</sup> Pulido, F. M., (2012). *Relatorio Sobre A Organização Do Hospital De Alienados De Rilhafolles E Dos Resultados Administrativos E Clinicos No Anno De 1850, E Tres Trimestres de 1851...* Lisboa, Portugal: Imprensa Nacional.



## 4 Conclusão

Ian Hacking, na sua análise histórica acerca da influência da estatística na ciência ocidental, atribui-lhe um papel catalisador na erosão do determinismo (até ao século XVIII reinante), ao permitir o abandono da noção teleológica na investigação científica que passou então a estar guiada por conceitos normalizadores, baseados na quantificação dos fenómenos e das suas características. No entanto, para o filósofo canadiano, este processo não só abrangeu as ciências naturais, como também as sociais, ainda que estas não possam dispor, à partida, de objectividade normalizadora como aquelas.

Talvez não por acaso, os alienistas que defendiam mais a pertença da psiquiatria às ciências naturais em detrimento das humanas, foram os que mais aproveitaram esta nova ferramenta estatística para a sua evolução, tendência que ainda se verifica actualmente. Neste aspecto, segundo Hacking, foi precisamente na França racionalista pós-napoleónica que se assistiu à nova vaga de classificações psiquiátricas (Pinel e depois Esquirol), acompanhadas de números tipificadores das novas categorias. Para a aplicação da estatística à psiquiatria, terá pesado ainda o facto de esta disciplina lidar com vários desvios à norma, com as consequências securitárias que daí advêm, o que, para Hacking, está ligado ao facto de a estatística ter não só dado novo rosto à ciência, mas também à organização do Estado.

A influência cultural francesa em Portugal, que se fez sentir após a Guerra Peninsular, trouxe também para a nossa psiquiatria os seus contributos. Assim, a análise do percurso da psiquiatria portuguesa, no que respeita à sua relação com a matemática, mostra que de início, embora com uma décalage de cerca de 35 anos, ela parecia querer acompanhar a tendência da psiquiatria francesa, isto é, dotar-se de uma armadura estatística objectiva para melhor compreender a casuística dos doentes e quiçá, melhorar o seu tratamento. É provável que ela acompanhasse a própria medicina portuguesa no seu todo, como parecem testemunhar alguns artigos do *Jornal da Sociedade de Sciencias Médicas de Lisboa*, logo no ano seguinte ao da vitória dos liberais – culturalmente mais próximos dos franceses — na guerra civil. Esta nova conceptualização em Portugal, ao contrário da ocorrida em França, precedeu até a fundação dos hospitais psiquiátricos. Por outras palavras, enquanto em França o nascimento da estatística psiquiátrica acompanhou o nascimento dos novos hospícios, em Portugal

precedeu-o, com a eventual vantagem – não aproveitada – de os números já conhecidos poderem influir na sua construção.

Esta tendência acompanhou outros ramos da Medicina, nomeadamente a infecciologia e a cirurgia, como vimos pelos artigos que analisámos do *Jornal da Sociedade de Sciencias Médicas de Lisboa*. O primeiro caso parece corroborar as teses de Foucault acerca do pendor securitário conferido pelo Poder às doenças potencialmente contagiosas (o conceito era então discutido) e com isso alavancar-se nas contagens. O segundo caso mostra que já então os dados eram coligidos na Escola Médico-cirúrgica, embora não necessariamente divulgados (vimos no capítulo 1 como, para Hacking foi importante essa passagem operada entre os séculos XVIII e XIX da simples recolha à publicação e análise). A divulgação por parte daquele conjunto de instituições mostra igualmente um predomínio do interesse estatístico por parte dos cirurgiões em relação aos médicos. A questão estar relacionada com o menor apetrecho teórico da cirurgia em relação à medicina que, assim, seria compensado pelas “provas” estatísticas, sobre as quais se desenrolaria a nova teoria, já desligada do saber médico tradicional. Não por acaso, a psiquiatria também denota, neste seu dealbar, grande interesse pela estatística. Por serem duas especialidades que se desenvolveram *a latere* da medicina e por isso necessitarem de refazer teorias? De qualquer forma, não se verificou em Portugal, a tese de Hacking, no sentido de ter sido por via do sistema de Justiça e do suicídio, que a estatística saltou para a psiquiatria e depois para o resto da medicina. De facto, no nosso país, o suicídio não foi, à época e durante muito tempo objecto de estudo ou sequer de descrição casuística. Não é também despiciendo a publicação, desde o início da revista, do número de nascimentos, pois revela a utilização da estatística na apreciação demográfica, o que também vem ao encontro das teses de Hacking e Foucault. De facto, aqui o interesse era certamente mais burocrático que científico, pois a obstetrícia, até aí terreno exclusivo das parteiras, estava então apenas a fazer a sua entrada no campo médico-cirúrgico.

No entanto, os protagonistas deste desiderato na psiquiatria portuguesa, os irmãos Bizarro (recorde-se que, num artigo de 1835, Clemente Joaquim homenageia D. Pedro IV), parecem ter agido isoladamente e as suas obras não tiveram continuidade. A sua obra escrita mostra, aliás, que a sua preocupação no labor estatístico conducente à avaliação do seu próprio trabalho, tinha raízes sólidas, pois nela é patente o seu interesse por artigos que aproveitam esse instrumento. O que teve como consequência, por exemplo que já estivesse actualizado no que respeita à ineficácia, então já estatisticamente provada (ver capítulo 2), da sangria. Aliás, a análise que fizemos dos números dos anos iniciais da revista colocam estes dois

irmãos, tal como Bernardino António Gomes, na liderança da implementação do pensamento estatístico na medicina portuguesa. E atendendo à qualidade dos trabalhos de Joaquim Pedro Bizarro podemos dizer que foi com este autor e com a psiquiatria (tal como em França com Pinel, como referiu Canguilhem) que o método numérico entrou na medicina portuguesa. Provavelmente, a transferência de Joaquim Pedro para a cirurgia e o destacamento de Clemente Joaquim para terras distantes e sua morte precoce, obstaram a esse reconhecimento. O sucessor de Joaquim Pedro Bizarro, António Ribeiro, ainda que formalmente embrenhado na análise estatística, utilizou-a de forma bastante débil, tal como procedeu, aliás, em relação aos conhecimentos psiquiátricos da época de que se serviu rudimentarmente.

O próprio Bernardino António Gomes que, entre 1840 e 44, faz um esforço notável para lançar, com bases estatisticamente mais sólidas (através do seu périplo europeu e publicação de um livro sobre o mesmo), novos hospícios em Portugal, não parece ter aproveitado, sequer perifericamente – sem que se desmereça a importância da centralidade do seu projecto — o trabalho de J. P. Bizarro. Projecto que, por sua vez, não obstante o consumo e desgaste que originou em recursos humanos e materiais, foi delapidado, em virtude da acção impulsiva e populista (embora também utilitária) de um político.

Em seguida e já instalado o Hospital de Rilhafoles, o seu primeiro director, Martins Pulido, começa uma recolha minuciosa de dados estatísticos acerca da casuística do estabelecimento, não descurando a análise científica dos mesmos. Não deixa de apresentar também alguma influência filosófica francófila, quando afirma a sua convicção na unidade das leis naturais e morais, no sentido em que os comportamentos humanos a estas obedecem, da mesma forma que a natureza. No entanto, o seu trabalho de análise científica dos dados estatísticos, mais uma vez não teve continuidade com as direcções seguintes.

Curiosamente, também a publicação científica psiquiátrica e médica em Portugal, parece ter sofrido, neste domínio, um retrocesso. De facto, alguma pujança que se parecia evidenciar nos anos 30 parece ter-se paulatinamente perdido ao longo do século XIX, para só voltar a encontrar-se no seu final, com algumas das obras de Sena e, depois, de Bombarda. Deve dizer-se que neste aspecto, porém, não houve uma derrapagem tão pronunciada em relação à Europa, à excepção de França. Mesmo aqui e como reconheceu Hacking, a estatística na ciência perdeu fulgor a partir dos anos 40. No caso da psiquiatria note-se que os compêndios de Morel de 1852, 1857 e 1860 já possuem escassos dados e inferências estatísticas, comparativamente aos de Pinel (1811) e Esquirol (1838). As missivas que analisámos

mostram que uma preocupação estatística ao nível da recolha de dados estava indubitavelmente presente nos alienistas portugueses, nos primeiros anos de funcionamento do Hospital de Rilhafoles (embora os próprios refiram que, de início, o rigor dessa recolha não fora absoluto, o que talvez denote que ela, ainda que apenas de tipo burocrático e sem intuítos científicos, não era no começo premente, mas que se foi acentuando paulatinamente). É ainda patente que os dados apresentados serviram para a criação de uma epidemiologia respeitante à doença mental em Portugal e para a apresentação de resultados do próprio hospital, depois comparados com os estrangeiros. A comparação com os números das estatísticas estrangeiras parece nortear empiricamente o trabalho realizado, visto não haver uma rede teórica conducente a validar cientificamente os resultados obtidos. Aliás, se em termos epidemiológicos puros, estes dados registados de forma epistolar têm algum alcance, também é verdade que eles não constam de qualquer publicação científica da época. Ou seja, não ultrapassaram a barreira entre o saber privado e o saber público, característica do conhecimento científico. Acresce ainda dizer que, apesar de existir uma preocupação epidemiológica em relação à alienação, não existem conclusões nosográficas específicas, isto é, a doença mental é vista como um todo, não se dando conta de particularidades próprias de cada quadro clínico, excepto na parte final da carta ao Ministro francês em que se dá conta do estado à saída de pacientes conforme a patologia, ainda que de forma pouco rigorosa (Ver capítulo 3). Porém, como vimos, o autor da carta refere que o propósito da estatística é a evolução da ciência, donde se depreende que em termos teóricos, a estatística psiquiátrica portuguesa estava a par com a francesa coeva.

Regista-se que Martins Pulido, no princípio dos anos 50, já se referia ao infortúnio como não sendo fruto do acaso, mas sim como algo de previsível na sua regularidade e inevitabilidade, verificando-se, por isso, que já tinha absorvido noções estatísticas como “constante”, “correlação” e “desvio”, quando afirma “os infortúnios não são casuais, ainda que o possam parecer, pois os referidos fenómenos guardam entre si analogias de modalidade co-relativas a determinadas dependências de número”. Nota-se igualmente que as inferências utilizadas para concluir acerca da epidemiologia são de tipo indutivo e baseado em amostras pouco representativas, já que, por vezes (mas nem sempre), a partir de números muito pequenos, se salta para ilações a nível nacional, não sendo consideradas, matematicamente, particularidades próprias do todo do país, embora até se reconheça que os escolhos estão presentes. Provavelmente não seria ainda tomada em conta a lei dos grandes números. Aliás, da mesma forma, em relação à comparação com outros países, ainda que reconhecendo que a



condução ao hospital é de maior monta nalguns países, por haver mais eficácia policial, mantém que em Portugal há menos doença mental.

É curioso também constatar que na carta dos anos 50 (Ver capítulo 3) há maior preocupação de ilustrar o estudo com tabelas, o que dá conta de tentativa de rigor estatístico, do que nos anos 60, em que o trabalho é versado para escrita simples, o que pode também estar relacionado com o facto, referido pelo então director, de a colecção de dados ter de ser feita com alguma rapidez, sob pena de eles não serem incluídos num estudo internacional mais amplo. Não deixa, contudo, de ser significativo que os dados não estivessem organizados. Em jeito de balanço, podemos pois afirmar que os anos 50 corresponderam a um período de acumulação de doentes, em que o rigor burocrático era reduzido e que os anos 60 e 70 já corresponderam a um maior esforço nesse sentido. Porém, nos anos 50, houve mais preocupação de tratamento estatístico, representando as décadas seguintes uma regressão neste domínio, apesar de haver uma acumulação mais sistemática de números. Não houve, todavia, qualquer indício que os dados recolhidos, servissem para o apuramento desse rigor, para além de se constituírem como mero acervo para arquivo. Exceptua-se o caso da mudança de atitude em relação a doentes considerados “curados”, o que talvez tenha sucedido por força dos muitos reinternamentos que ocorriam. Curiosamente, como referimos, estes nem sempre eram registados.

Entretanto, a “desaceleração estatística da psiquiatria francesa”, talvez causada pelo domínio doutrinário da teoria da degeneração, como referiu Sobral Cid (Sobral Cid, 1984, p. 86), trouxe a sua ultrapassagem pelo pensamento alemão. No entanto, tal não ocorreu pela pujança do seu pensamento estatístico, talvez antes pela clareza dos seus diagnósticos e inovação nas classificações, campos em que a descrição naturalista de casos clínicos é *quicá* mais importante (os franceses passaram a classificar de acordo com a causalidade degenerativa). Não por acaso, esse período de maturação do pensamento psiquiátrico, coincidiu com uma época de inimizades políticas entre as duas nações (desde a revolução francesa até à 1ª guerra mundial), que terá acentuado um virar de costas em termos científicos. (Wallace & Gach, 2008, p. 285) Em Portugal, não apenas o facto da identificação com a França e com o seu progressivo desinteresse pela estatística na psiquiatria deverá ter contado, mas também o escasso peso que aquela disciplina teve na organização do Estado (recorde-se que é de 1864, o nosso primeiro censo populacional). Relembre-se também que, segundo os dados que apuramos nos internamentos de Rilhafol, foram sempre reduzidas as admissões respeitantes a desvios sociais e que no período do estudo não surgiu qualquer

legislação portuguesa de saúde mental (em França ocorrera em 1838), embora as autoridades policiais já implementassem conduções compulsivas ao hospital. Por conseguinte, neste particular, também não houve, no nosso país, a reprodução do que Hacking e Foucault decifraram noutras nações europeias. Não deixa, contudo, de ser curioso verificar que a par da psiquiatria, terá sido na área dos trabalhos sobre infecciologia, que a estatística se mostrou mais robusta (como constatámos na análise de algumas publicações médicas portuguesas), o que vem confirmar as teses daqueles autores, da sua utilização no combate ao contágio, como medida securitária.

No seio da psiquiatria portuguesa, a preocupação com a utilização da estatística como ferramenta científica, apenas se viria a retomar com a obra de António Sena e, aqui, já com uma dimensão militante, uma vez que este autor já manifesta a necessidade de que ela seja aplicada, sobretudo numa perspectiva de organização de serviços. De facto, se os outros autores (Joaquim Pedro Bizarro e Bernardino António Gomes) a utilizam, não há nunca uma posição “ideológica” em sua defesa. Tal apenas parece encontrar-se, ainda que mais timidamente, em Martins Pulido que, contudo, não deixou obra pública escrita, e também em Júlio de Matos.

Em termos da escrita de manuais e compêndios, apenas no último trabalho por nós analisado *Lições sobre Epilepsia e Pseudoepilepsia*, de 1896, da autoria de Miguel Bombarda, se nota uma preocupação estatística consistente e já com a preocupação de retirada de ilações científicas a partir de números. Admitimos que a posição de Sena no seu livro possa ter conferido a Bombarda, a epifania de obra “primordial”, no sentido emprestado por Kuhn, isto é tendente a nortear o trajecto de outros cientistas segundo um novo paradigma, neste caso de aplicação de um novo instrumento, o estatístico. As restantes obras por nós revistas, a partir de *O Delírio das Perseguições*, de 1877, também do mesmo autor, revelam uma metodologia mais próxima da que Hacking chama de mineralógica, por extrair conclusões de casos isolados, que generaliza. No entanto, esta tendência presente no livro de Bombarda, já não se confirma no de Júlio de Matos, de 1898, *A Paranoia*.

Porém, neste domínio, não nos parece que a psiquiatria portuguesa estivesse muito afastada das suas congéneres europeias, à excepção da francesa, que apesar da “desaceleração” estatística manteve-se até ao início do século XX, nesse campo, pioneira.

Mais naturalmente influenciada pelos franceses – como à época acontecia em termos culturais globais – mas, em contrapartida, débil em termos de pensamento estatístico, a

psiquiatria portuguesa não desfrutou, assim, da vantagem de nenhum dos grandes oponentes europeus. Como também sucedeu ao longo da história — recorde-se as “escolas” sem continuidade, como a psicocirúrgica de Egas Moniz, a arteriográfica deste e de Reynaldo dos Santos ou a das psicoses atípicas de Barahona Fernandes e Pedro Polónio — também aqui, a psiquiatria portuguesa, talvez pela pouca atenção dada à formação dos discípulos e a investigação repousar em “carolas”, não conseguiu igualmente aproveitar as fontes dinâmicas que geraram no seu interior para dar continuidade a alguns projectos embrionários que, na sua génese, foram de grande criatividade individual.



## Anexos



Anexo 1:  
Tabelas de Miguel Bombarda





Tabela 1– Hereditariedade dos epiléticos (Bombarda, 1896, p. 113)

	Ascendentes		Colaterais		Descendentes		Total
	Linha masculina	Linha feminina	Linha masculina	Linha feminina	Linha masculina	Linha feminina	
Epilepsia	12	22	20	31	1	4	90
Convulsões na infância	32	41	60	82	4	6	225
Eclâmpsia	16	22	0	2	0	0	40
Enxaqueca	20	25	32	15	6	2	100
Histeria	18	24	30	10	3	4	89
Vesânicas	3	2	8	2	0	0	15
Demência senil	5	7	9	8	3	5	37
Coreia	7	2	5	1	2	0	17
Paralisia geral	62	56	0	0	0	0	118
Estrabismo	0	0	0	0	8	14	22
Suicídio	0	0	0	0	17	15	32
Alcoolismo	303	356	430	423	96	105	1713
Nados mortos	0	0	0	0	8	14	22
Filhos sãos	0	0	0	0	17	15	32
Total	303	356	430	423	96	105	1713

Tabela 2 – Hereditariedade das mulheres epiléticas (Bombarda, 1896, p. 114)

	Ascendentes		Colaterais		Descendentes		Total
	Linha masculina	Linha feminina	Linha masculina	Linha feminina	Linha masculina	Linha feminina	
<i>Epilepsia</i>	12	18	40	53	6	7	136
<i>Convulsões na infância</i>	19	23	68	77	14	25	226
<i>Eclâmpsia</i>	0	13	6	14	0	1	34
<i>Enxaqueca</i>	56	74	90	76	8	6	310
<i>Histeria</i>	20	18	30	21	11	4	104
<i>Vesânias</i>	25	68	62	29	3	1	188
<i>Demência senil</i>	19	16	31	20	0	0	86
<i>Coreia</i>	6	10	20	8	1	3	48
<i>Paralisia geral</i>	16	20	28	8	5	2	79
<i>Estrabismo</i>	12	4	22	7	0	0	45
<i>Suicídio</i>	6	3	10	2	3	1	25
<i>Alcoolismo</i>	3	1	6	2	1	0	13
<i>Nados mortos</i>	72	58	0	0	0	0	130
<i>Filhos sãos</i>	0	0	0	0	12	7	19
Total	266	326	413	317	64	57	1443

Tabela 3 – Estudos de Boudin (Bombarda, 1896, p. 121)

Consanguinidade dos pais e surdo-mudez dos filhos	
Em Lyon	25%
Em Paris	28%
Em Bordéus	30%
Conforme o grau de parentesco	
Entre primos direitos	18%
Entre tio e sobrinha	37%
Entre tia e sobrinho	70%
Conforme a religião (em Berlim)	
Por 10000 católicos	310
Por 10000 protestantes	6
Por 10000 judeus	27
Conforme a condição social e racial	
Por 10000 brancos	2,3
Por 10000 escravos	237

Tabela 4 – Circunferência dos membros conforme a predominância, segundo Tomasini  
(Bombarda, 1896, p. 192)

	Antebraço			Braço			Coxa			Perna			Média		
<i>Predominância</i>	Dr	Esq	=	Dr	Esq	=	Dr	Esq	=	Dr	Esq	=	Dr	Esq	=
<i>Epilépticos</i>	60	27	13	41	48	10	48,2	42,8	5,6	41,3	48	10	47,6	41,4	9,6
<i>Loucos</i>	66	18,5	15	44	25	30	51,8	20	24	48	26	24	52,4	22,3	23

Tabela 5 – Energia (gramas) de flexão e extensão em 10 epilépticos nas mãos direita e esquerda, segundo Feré (Bombarda, 1896, p. 193)

	Flexão		Extensão	
	Mão dir	Mão esq	Mão dir	Mão esq
<i>Polegar</i>	4333	4888	1166	1225
<i>Indicador</i>	4700	4500	666	700
<i>Médio</i>	5011	4444	466	633
<i>Anelar</i>	3733	2955	366	344
<i>Mínimo</i>	2912	2544	288	405

Tabela 6 – Energia (gramas) dos movimentos de flexão e extensão do pé em 10 epilépticos  
(Bombarda, 1896 p. 194)

	Pé dir (Flexão)	Pé esq (Flexão)	Pé dir (extensão)	Pé esq (extensão)
<i>Epilépticos</i>	8222	8352	8719	9068
<i>Normais</i>	8416	8500	9708	10291

Anexo 2:

Livros de Registo de Admissões do Hospital de Rilhafoles (1848-1880)



Tabela 7 – Frequência de distribuição para a naturalidade dos homens admitidos no Hospital (1850-1880)

	P. Delgada	Açores ilhas	Aveiro cap.	Aveiro distr.	Beja cid.	Beja distr.	Bragança cap.	Bragança distr.	C.Branco cap.	C.Branco distr.
1850		2		2	1	3				3
1851				3	1	1		2		
1852		2	1	2	1	2				3
1853	1	2	1	2		2	1	1		2
1854			1	3	1	2			1	2
1855	1	2	1	2		4	1			3
1856		1		3	2	3	1	1	1	2
1857		2		1	1	3	1			3
1858		1	1	5		5				1
1859	1	2	1	1		2	1			1
1860		1		5		2		1	1	2
1861	2	1	1	2		6				2
1862	1	4	1	4		4			2	6
1863		3	2	5	1	1	1		1	2
1864		3		2		5		1	2	4
1865		1			1	3		1		3
1866		4	1	4	1	3				
1867	1	4	3	5	1	1			3	2
1868		3		4		2	1			
1869		4	2	4		4				3
1870	1	3		3	1	4		1	1	4
1871	2	4		3		5				2
1872	1			7		4			1	6
1873		1	6	6		7			1	5
1874		3	1	3		11		2		4
1875		2	1	5	1			1		5
1876	5	1	2		2	2		1		
1877	2	3	1	3	1	3	1	3		4
1878		1		4				3	1	2
1879	1	1		4	1	5		4		4
1880	1	1	1	6	2	2				5
Totais	20	62	28	103	19	101	8	22	15	85

Tabela 7 – Naturalidade homens (cont.)

	Évora cid.	Évora distr.	Faro cid.	Faro distr.	Guarda cid.	Guarda distr..	Leiria cid.	Leiria distr.	Lisboa cid.	Grande Lisboa	Lisboa distr.
1850		4	1	2		1		4	43	6	22
1851		2	1			1		1	34	3	17
1852	1		2	3				7	39	7	38
1853		2	1	6	2			4	43	5	20
1854		2		4		1		2	37	5	26
1855		1		3	2			1	31	3	14
1856		4	1	3		2	1	1	35	2	16
1857	3	2	2	1		1	1	5	35	6	16
1858		2		5	1	1		9	38	5	23
1859		3		2	1	1		3	41	4	24
1860	1	10		8		2	1	4	34	6	29
1861		9	2	3		2	2	6	35	3	27
1862		5	1	7		3			42	5	36
1863		2	1	6	1	3	2	8	54	7	29
1864	3	4	1	4		1		12	40	4	35
1865		4	1	2		3	4	3	28	9	25
1866		1	3	4		1	1	3	28	13	24
1867	2	4	1	8	1	1	2	3	39	6	28
1868	2	1	2	6	1		1	9	38	7	23
1869	1	3		4	1	4	1	4	30	6	20
1870	2	1	1	6		2	1	7	40	9	29
1871		4		3		5	1	3	35	12	23
1872	1	1	1	5		2		6	31	9	26
1873		2	1	3		1		3	36	7	27
1874	1	8	1	6	1	4		8	24	6	28
1875		3									
		7		2		8	26	8	13		
1876		1	1	3			3	4	30	6	25
1877		4	1	3	1	4	1	6	27	10	21
1878	2	1	1	7	1	1	2	3	21	7	18
1879	4	1	1	5	1	2	1	3	21	5	33
1880		6		9		6		4	29	9	30
Totais	23	97	28	138	14	57	25	144	1064	200	765



Tabela 7 – Naturalidade homens (cont.)

	Funchal	Madeira	Portalegre cid.	Portalegre distr.	Porto cid.	Porto distr.	Santarém cid.	Santarém distr.
1850			4	2	5	2	2	7
1851				1	2			4
1852	1	1		1	1	4	1	6
1853	1	1	2	2	4	2	3	9
1854			1		1	3	3	7
1855	1		1	2	9	3	1	4
1856	1		2	1	8	3		7
1857		1	3	4	1	6	2	3
1858		1	1	4	6	3	1	4
1859		1		5	2	8	1	8
1860		1	2	3	3	5	2	5
1861			1	4	4	2	4	7
1862			1	3	4	3	5	5
1863	2		1	4		4		18
1864		2	4	6		2	2	6
1865			4	3	1	1	1	10
1866				6	1	4	3	5
1867				6	5	1	3	7
1871		1		5	1	2	1	6
1872		2	1	6	1	2		4
1873		1	1	4	3	2	1	8
1874	2			3	3	3	2	12
1875			2	4	2	4		4
1876				6	2	2	1	1
1877	1	2		2	6	5	1	11
1878				3	1	5	2	9
1879	3			4	2	4	5	5
1880	6		1	3		1	3	12
Totais	18	14	32	97	78	86	50	194

Tabela 7 – Naturalidade homens (cont.)

	V. Castelo cid.	V. Castelo distr.	V. Real cid.	V. Real distr.	Viseu cid.	Viseu distr.
1850				1	1	2
1851		3			1	1
1852	1	3	1	6	3	3
1853		2		5	1	2
1854		3		3	1	1
1855	2	3			1	3
1856		1				1
1857		2	1	2		5
1858						
1859		2	1	3		4
1860		1	1	2	1	3
1861	2	4		2	3	7
1862		2		4		3
1863		3	1	2	2	4
1864		3		1	1	4
1865	1	4	1	2		6
1866		2	1	1	1	4
1867	1	6	1	1		6
1868	1	6		2		5
1869		1		3	1	3
1870	1	6			5	1
1871	3				1	2
1872	2	4		4	2	4
1873		2				5
1874	1	4		6		3
1875		3		5		3
1876						6
1877	2	3		2		3
1878		3	2		1	6
1879		7	1	6		6
1880		8		1	1	9
Totais	17	91	11	64	27	115

Tabela 7 – Naturalidade homens (cont.)

	Angola	Cabinda	Cabo Verde	Estado da Índia	Macau	Moçambique	S.Tomé e Príncipe
1850							
1851							
1852							
1853					2		
1854							
1855							
1856							
1857							
1858							
1859	1		1				
1860	1			1			
1861							
1862	1					1	
1863							
1864				2			
1865							
1866							
1867							
1868							
1869							
1870			1				
1871							
1872							
1873							
1874			1				
1875		1					
1876	2						
1877	1						1
1878							1
1879							
1880				1			
Totais	6	1	3	4	2	1	2

Tabela 7 – Naturalidade homens (cont)

	Espanha (Galiza)	Espanha (resto)	Europa	Brasil	Mundo
1850	11	2	2	1	
1851	9			3	
1852	11	2	4	2	
1853	5	2	1	3	
1854	8			1	
1855	11	1	4	3	
1856	7	2	3	1	
1857	4		4	4	
1858		2	1	1	
1859	14	1	3		
1860	8	2	3		3
1861	3	4	1		
1862	8	2	1	1	1
1863	7	2	4		
1864	5	2	2	2	1
1865	5	4		1	
1866	10	1	1	1	1
1867	13	3	3	2	
1868	12		3		
1869	10	4			
1870	10	2	7	2	
1871	10		1	3	
1872	11	2	4	2	
1873		2	6		
1874	4	1	5		
1875	7	1			
1876	1				
1877	3		1	1	
1878	10	1	4	1	
1879	10	1	4		
1880	6	3			
Totais	233	49	72	35	6

Tabela 8 – Frequência de distribuição para a naturalidade das mulheres admitidas no Hospital (1848-1880)

	P. Delgada	Açores distr.	Aveiro cap.	Aveiro distr.	Beja cid.	Beja distr.	Braga cap.	Braga distr.
1848		1			1	2		2
1849								
1850		2					1	2
1851				6				
1852				4		2	1	1
1853						1		
1854		1			1		1	
1855	1	1	1	1		4		2
1856					4	1	1	
1857		1		1	1	1		1
1858	2			2	1	3	1	1
1859				1	2	3		
1860	1			2	1			1
1861	2			2	1	2		2
1862	2	2		1	2		1	2
1863		2		4	1	3		
1864	1	5		7	2	2		1
1865		2	1	6		3		1
1866		2		1		2		1
1867			1	2				
1868		1		3	1			1
1869				4	1	1		1
1870				1		4		4
1871			2	2	2	3		2
1872		1		1	2		1	
1873				2	3	3		3
1874		3		1				
1875	5	1	2		2	2		2
1876		1			2	1		
1877	3	1			1	2		1
1878	1		2	1	1	2		2
1879		2		4	1	1		2
1880		2		3	3	2	1	
Totais	18	31	9	62	36	50	8	35

Tabela 8 – Naturalidade mulheres (cont.)

	Bragança cap.	Bragança distr.	C.Branco cap.	C.Branco distr.	Coimbra cap.	Coimbra distr.
1848	2		1	1	3	3
1849						
1850				1		2
1851	1				2	5
1852	1			1	1	3
1853	1			1	1	5
1854				2		6
1855	1			4	2	4
1856				2		6
1857				3	4	6
1858						7
1859			1	1	4	3
1860				1	5	2
1861			1		1	5
1862				3		3
1863				2	1	5
1864	1		1	1		1
1865			2		4	4
1866				3	2	6
1867	1		1	3		5
1868				2	1	6
1869			1	1	1	3
1870				1		4
1871			2	1	1	2
1872		2		4	2	1
1873					1	2
1874				2	2	4
1875		1			3	4
1876				2	1	1
1877		1		1	2	1
1878	1		2	2	2	
1879		1		1	1	5
1880		1				6
Totais	9	6	12	46	47	120

Tabela 8 – Naturalidade mulheres (cont.)

	Évora cid.	Évora distr.	Faro cid.	Faro distr.	Guarda cid.	Guarda distr.
1848	1	1		3	1	2
1849		1				1
1850		1		2		1
1851	1	2	2	2		
1852	1	1		1	1	
1853		1	1	2		
1854		1	1	2	1	
1855		1		3	2	
1856			1	3	2	1
1857	1	4		1		1
1858		6		4	1	
1859		1		5		2
1860		5	1	6		
1861		8		1		4
1862		4	1	3		2
1863		3		2	1	
1864		4	2	4	1	2
1865		4		4		1
1866	2	4	1	1		
1867		1			2	
1868		3		4		1
1869						
1870		3		1	1	
1871	1			4	1	1
1872		2		1		
1873	1		1	1		
1874	1	5		6		
1875		1	1	3		
1876	1	2		2		1
1877		1		5	1	
1878	1	1	2	5		
1879	3	1		7		
1880				10		1
Totais	14	72	14	98	15	21

Tabela 8 — Naturalidade mulheres (cont.)

	Leiria cid.	Leiria distr.	Lisboa cid.	Lisboa Gr. Lx	Lisboa distr.
1848			39	11	13
1849			3		5
1850		1	15	9	17
1851		3	26	6	29
1852	2	3	37	6	25
1853	1	2	26	5	28
1854		3	20	7	25
1855		1	31	3	14
1856	1	6	33	3	31
1857		5	42	5	24
1858	1	5	23	8	30
1859		1	37	3	41
1860	2	5	42	13	35
1861		4	39	12	29
1862	1	4	35	7	26
1863		7	24	6	36
1864	2	6	38	4	26
1865		2	30	7	25
1866		6	28	7	39
1867		2	24	10	23
1868		7	25	8	23
1869		7	45	11	27
1870		10	25	13	31
1871		3	30	6	18
1872	1	5	26	6	30
1873	1	5	33	6	34
1874		8	29	7	26
1875	3	4	30	6	26
1876	1	2	28	6	24
1877		4	24	2	31
1878	1	4	14	9	24
1879		6	28	9	25
1880		9	26	9	27
Totais	17	140	955	230	867



Tabela 8 – Naturalidade mulheres (cont.)

	Funchal	Madeira	Portalegre cid.	Portalegre distr.	Porto cid.	Porto distr.
1848			1		4	1
1849						1
1850				3	2	
1851				3	1	
1852			1	2	1	
1853	1			1	1	
1854			1	1	1	1
1855	1		1	2	9	3
1856			1		2	
1857			1	4	3	1
1858		1		3	2	3
1859			1	1	3	2
1860				4	4	
1861	1			1	5	4
1862				1	4	1
1863	1		3	3	1	2
1864				5	1	3
1865				6	1	2
1866	2	1		5		1
1867				4		1
1868	1		2	1		
1869		1		6		1
1870				4	2	3
1871	1			1	1	5
1872	1		1	4		
1873	1		1	5	1	1
1874	1	2		3		3
1875				6	2	2
1876				1	2	4
1877	1			4	5	3
1878	1	1	1	2	2	
1879				1	1	
1880			1	4	1	3
Totais	13	6	16	91	62	51

Tabela 8 – Naturalidade mulheres (cont.)

	Santarém cid.	Santarém distr.	V.Castelo cid.	V.Castelo distr.	V.Real cid.	V.Real distr.	Viseu cid.	Viseu distr.
1848	1	4		1		1		2
1849		2			1			1
1850		8					1	
1851	2	8				1		
1852		4					1	2
1853	4	8		3		2		1
1854	3	7	1					
1855	1	4	3	2			1	2
1856	2	6						
1857	4	6		1		1		2
1858		10		1				3
1859		5		1	1	1		3
1860		8			1	2	1	
1861		6		1	1			3
1862	3	9	1	1	1			2
1863		5		2	1	1	1	
1864		7				2	3	6
1865		5						
1866	3	6	1		1	2		
1867		5		1		1		4
1868		6				1		1
1869		8			1			4
1870	1	5				1		4
1871	2	7		2				
1872		5	1	1				2
1873	1	1				1		1
1874		3			1	1		4
1875	1	1						5
1876		13	1			3		2
1877		3		1	1	1	1	3
1878		7	1	2		1	1	3
1879	3	3	1				1	
1880		7		2	1	2	1	1
Totais	31	192	10	22	11	25	12	61

Tabela 8 – Naturalidade mulheres (cont.)

	Angola	Cabinda	Cabo Verde	Est. Índia	Macau	Moçambique	S. Tomé e Príncipe
1848				1			
1849	1						
1850	2						
1851							
1852							
1853	1						
1854	1						
1855							
1856							
1857							
1858	1						
1859							
1860	1				1		
1861	1						
1862							
1863	1						
1864							
1865							
1866	3						
1867							
1868							
1869							
1870		1				1	
1871				1			
1872							
1873							
1874							
1875	2						
1876	1						
1877	2						
1878							
1879							
1880							
Totais	17	1		2	1	1	

Tabela 8 – Naturalidade mulheres (cont.)

	Espanha (Galiza)	Espanha (resto)	Europa	Brasil	Mundo
1848		1	1		
1849					
1850					
1851				1	
1852		1		2	
1853				1	
1854		1	1	1	
1855	10	1	4	3	
1856	1		1		
1857	1		1		
1858		1	1	1	
1859		1			
1860		2		2	
1861	2		1		1
1862		1			
1863		1	3		
1864		5			
1865	1			1	
1866		1			
1867	2			1	
1868	2			1	
1869	1				1
1870	1	1	1	3	
1871	1	1			
1872	1		1		
1873					
1874	1	2			
1875	1				
1876			1	1	
1877	1	1	2	1	
1878		1	3		
1879	1	1	1		
1880		1	1		
Totais	27	24	23	19	2

Tabela 9 – Frequência de distribuição para a residência dos homens admitidos no Hospital (1850-1880)

	P. Delgada	Açores	Aveiro cid.	Aveiro distr.	Beja cid.	Beja distr.	Braga cid.	Braga distr.
1850		2	1		2	2		
1851				2	1			
1852	1					1		
1853	1				1	1		
1854					1			
1855	1	2				2		
1856					1	1		
1857					1	1		
1858		1				3	2	
1859	2					3		
1860		1				2	2	1
1861	2					1	2	1
1862	2	2	1	2		3	1	1
1863		1		1		2	1	
1864		2		1		3	1	
1865			1	1	1	2		2
1866		1		3	2	2		
1867	1	1		1		3		
1868	1	1		1	1	3		1
1869						2	2	
1870		1		1	1	3		1
1871						3		1
1872						4	1	
1873				4		3		
1874					3	6		1
1875				1	1			1
1876						2		2
1877			1		1	1		
1878				2				
1879	1			3	1	5	1	1
1880		1		3		2	2	2
Totais	12	16	4	26	18	68	15	16

Tabela 9 – Residência homens (cont.)

	Bragança cid.	Bragança Distr.	C.Branco cid.	C.Branco Distr.	Coimbra cid.	Coimbra distr.
1850						1
1852		1				1
1853				1	1	
1854	1					
1855						
1856					1	2
1857	1	1	1	3		1
1858			2	1		
1859			1			
1860				1		1
1861		1	2		1	2
1862				2	4	
1863			2	3		2
1864			2	1		2
1865		2		3	1	3
1866		1	1	1	2	
1867					4	1
1868				1	3	2
1869	1	1			2	4
1870				2	2	
1871		1	1	1		1
1872				1	1	1
1873			1	5		3
1874				4	1	
1875		2	1	3		2
1876			1	3	1	2
1877				2		
1878		2	1	1	1	3
1879		3	1	1		2
1880			2	2	3	2
Totais	3	15	19	42	28	38

Tabela 9 – Residência homens (cont.)

	Évora cid.	Évora distr.	Faro cid.	Faro distr.	Guarda cid.	Guarda distr.
1850		3	1	1		
1851						
1852			2	1		
1853			1	1	1	
1854		1	1			
1855	1			1		
1856				1		
1857		3		1		
1858		2		3		
1859	1	2		2		1
1860		6		5		
1861		6	1	3		
1862	1	5		6		1
1863		3		2	1	2
1864	1	9		3		
1865	1	5		4		2
1866		2		3		
1867	2	5		6		2
1868	2	2		2	1	
1869	2	4	1	3		3
1870		1		4		1
1871		4		2		1
1872	1	2	2	3		
1873		3	1	2		1
1874	1	5	1	2	1	1
1875		3		1		2
1876		2		3	1	3
1877		4	2	3		3
1878	2	3	1	1	1	1
1879	2			4		1
1880	3	2		3		2
Totais	20	87	14	76	6	27

Tabela 9 – Residência homens (cont.)

	Leiria cid.	Leiria distr.	Lisboa cid.	Grande Lisboa	Lisboa distr.
1850		3	71	14	21
1851		1	51	17	13
1852		1	87	19	25
1853		2	58	3	8
1854			13	2	6
1855		2	68	4	17
1856	1		71	9	22
1857	1	2	65	8	22
1858		4	81	5	22
1859		2	59	11	28
1860	1	3	69	10	31
1861		4	68	7	32
1862			75	14	29
1863	1	5	100	13	31
1864	1	7	79	4	28
1865	3	5	64	14	23
1866		2	75	14	23
1867	1	1	95	9	31
1868	1	2	82	8	29
1869	1	3	78	13	18
1870		5	88	12	34
1871	1	4	70	21	20
1872		1	84	11	36
1873		1	68	11	22
1874		7	88	18	23
1875	2	3	62	11	23
1876	1	3	67	7	23
1877		5	65	7	24
1878	1	4	61	9	15
1879	2	3	66	6	35
1880		5	77	13	35
Totais	18	90	2205	324	749



Tabela 9 – Residência homens (cont.)

	Funchal	Madeira	Portalegre cid.	Portalegre distr.	Porto cid.	Porto distr.
1850			4	3		1
1851						
1852					1	1
1853			2			1
1854						
1855				1	5	2
1856	1		2	2	6	5
1857			2	3	3	2
1858			1	1	3	
1859	1			3	3	7
1860				1	7	6
1861			1	2	6	1
1862			2	5	3	2
1863				4	2	2
1864	1		1	4	2	1
1865			3	2	2	1
1866				3	1	5
1867				3	3	2
1868				3	4	1
1869			1	6	2	2
1870			2	8	1	4
1871	1	1	1	4	2	1
1872			2	6	1	1
1873	1		2	3	2	4
1874			1	4	4	4
1875				4	3	5
1876	1				17	2
1877				1	25	3
1878				2	5	1
1879	2			2	8	2
1880			1	1	3	1
Totais	8	1	28	81	124	70

Tabela 9 – Residência homens (cont.)

	Santarém cid.	Santarém distr.	V.Castelo cid.	V.Castelo distr.	V. Real cid.	V. Real distr.	Viseu cid.	Viseu distr.
1850	4	2				1		
1851		1						
1852	1	9			2	1		1
1853		1			1			
1854								1
1855	1	4	1					
1856		5						
1857	1	4		1	1	1		2
1858	3	8						2
1859		7	2			1		4
1860	2	5			1	1	1	2
1861	7	4	3				1	3
1862	3	5				2		1
1863		15	1			3		1
1864	5	5				1	1	2
1865		8	1					3
1866	3	2			1		1	1
1867	3	9				2		2
1868	1	7		1				1
1869	2	4				1		2
1870		6		1			1	1
1871	2	7	1					1
1872		5	3	2		2		3
1873	1	5	1	3				1
1874	2	7			1	4		1
1875		3	1	1		3		2
1876	1	8	1	1	1	1	1	
1877	1	8	1	1		2		2
1878	4	7			2			1
1879	2	8		2		5		3
1880		11		2		1		5
Totais	49	180	16	15	10	32	6	48

Tabela 9 – Residência homens (cont.)

	Angola	Cabinda.	Cabo Verde	Estado da Índia	Macau	Moçambique.	S. Tomé e Príncipe
1850							
1851							
1852							
1853							
1854							
1855							
1856							
1857							
1858							
1859			1				
1860							
1861							
1862	1						
1863							
1864							
1865				1			
1866			1				
1867							
1868							
1869							
1870						1	
1871							
1872							
1873							
1874							
1875							
1876							
1877							
1878	1						
1879							
1880							
Totais	2		2	1		1	6

Tabela 9 – Residência homens (cont.)

	Espanha (Galiza)	Espanha (resto).	Europa	Brasil	Mundo
1850	3				
1851				2	
1852					
1853				1	
1854					
1855			1		
1856				1	
1857				1	
1858		1		1	
1859					
1860		1			
1861				2	
1862				1	
1863				1	
1864				2	
1865					
1866				1	
1867				4	
1868					
1869				1	
1870	1			2	
1871				1	
1872		2		1	
1873				1	
1874					
1875				3	
1876					
1877			1		
1878					
1879				1	
1880					
Totais	4	4	2	26	0

Tabela 10 – Frequência de distribuição para a residência das mulheres admitidas no Hospital (1848-1880)

	P. Delgada	Açores distr.	Aveiro cap.	Aveiro distr.	Beja cid.	Beja distr.
1848						
1849						
1850					1	
1851						
1852				1		
1853						
1854					1	
1855				1	1	
1856					3	1
1857						
1858	2			1		1
1859					2	2
1860				1	1	
1861	1				1	
1862	1				1	
1863	1	1		1	1	1
1864		2		1	2	5
1865			1			1
1866						2
1867			1			2
1868					1	
1869					2	
1870						3
1871			1		1	1
1872					1	
1873				2	4	1
1874				1		1
1875	6					2
1876					1	
1877	1					1
1878			1	2	2	3
1879						1
1880				2	3	
Totais	12	3	4	13	29	28

Tabela 10 – Residência mulheres (cont.)

	Braga cap.	Braga distr.	Bragança cap.	Bragança distr.	C.Branco cap.	C.Branco distr.
1848						
1849						
1850						
1851						
1852	1		1			
1853						
1854						
1855						1
1856						
1857	1				2	1
1858	1					
1859					1	1
1860		1				1
1861		1				
1862	1				1	1
1863					1	
1864				2		2
1865						
1866						1
1867						1
1868					1	
1869					2	2
1870						
1871						
1872				1		
1873						
1874	1					1
1875						
1876						1
1877						1
1878						2
1879		1				
1880	1					
Totais	6	3	1	3	8	

Tabela 10 – Residência mulheres (cont.)

	Coimbra cap.	Coimbra distr.	Évora cid.	Évora distr.	Faro cid.	Faro distr.	Guarda cid.	Guarda distr.	Leiria cid.	Leiria distr.
1848	1					1				
1849										
1850				1			1			
1851	1			1	1					1
1852	1		1	1			1			
1853										
1854										1
1855	2	1				1				2
1856		1						1	1	1
1857	2			4		1				2
1858		2	1	4		2			1	5
1859	3	1	1	1		1				1
1860	2		1	5	3					3
1861	1			5		1		2		2
1862			2	3	1	2			1	2
1863	1	2		3	1	2				1
1864		1	1	5	1	1	1	1	1	3
1865	3	1		5		2		1		1
1866		1	1	3						1
1867		1		1			1			
1868		2		2				1	2	4
1869	1		2							4
1870	1	3		2		1				3
1871	1					2	1	1		3
1872		1		2						2
1873		1								
1874		1		3		1				3
1875		2		1	1	4			2	2
1876				2		1			1	2
1877	1	1				2		1	1	
1878	1		1	1		1				2
1879	1	3	1	1					1	1
1880		1				2				3
Totais	23	26	12	56	8	28	5	8	11	55

Tabela 10 – Residência mulheres (cont.)

	Lisboa cid.	Grande Lisboa	Lisboa distr.	Funchal	Madeira
1848	13	10			
1849	4	2			
1850	20	3	7		
1851	47	8	18		
1852	43	6	10		
1853	35	3	7		
1854	13	2	8		
1855	67	2	18		
1856	67	2	24		
1857	86	2	20		
1858	66	11	19		
1859	68	9	29		
1860	89	20	20		
1861				1	
1862	75	6	16		
1863	65	14	30		
1864	81	10	17		
1865	57	8	24		
1866	79	11	25	1	
1867	58	12	17		
1868	54	7	19		
1869	92	11	22		1
1870	76	10	25		
1871	71	8	15		
1872	58	7	24		
1873	71	8	28		
1874	75	9	18	1	
1875	73	6	13		
1876	59	9	16		
1877	74	2	18		
1878	60	3	19		1
1879	65	16	15		
1880					
Totais	1861	237	541	3	2



Tabela 10 – Residência mulheres (cont.)

	Portalegre cid.	Portalegre distr.	Porto cid.	Porto distr.	Santarém cid.	Santarém distr.
1848			2		2	
1849				1		
1850			1	1	3	1
1851		1			1	5
1852	1	1			2	3
1853					2	2
1854						2
1855		1	2	1	1	5
1856	1		1			4
1857	1	2	4		1	3
1858		2	4		1	5
1859	1	1	2	1		3
1860		3	4			3
1861			6			2
1862			4	1	2	8
1863	1	1	2	1		4
1864	1	2	3	2		5
1865		2	2	2	1	1
1866		3		1	6	5
1867		1		1		5
1868	2	1	1		2	1
1869		1				3
1870		3		2	1	3
1871			3	3	1	3
1872		1				6
1873	2	2		1		2
1874		1	3			1
1875	1		4	2		1
1876		1	12		3	6
1877		2	7	1	1	1
1878	1	1	2	1	2	
1879		1	2		1	2
1880	1			1		5
Totais	13	34	71	23	33	100

Tabela 10 – Residência mulheres (cont.)

	V. Castelo cid.	V. Castelo distr.	V. Real cid.	V. Real distr.	Viseu cid.	Viseu distr.
1848						
1849			1			
1850					1	
1851						
1852						
1853		2		2		
1854						
1855	1					
1856						
1857			1			
1858						2
1859				1		1
1860			1			
1861		1		1		
1862	2					1
1863						
1864				1		
1865						1
1866	2		1			
1867		3				2
1868				1		1
1869						2
1870			1			1
1871	2	1				1
1872				1		2
1873				1		
1874						1
1875						2
1876	1			2		
1877			1			2
1878		2				1
1879				1		
1880		1	1			1
Totais	8	10	7	11	1	21

Tabela 10 – Residência mulheres (cont.)

	Angola	Cabinda	Est. Índia	Macau	Moçambique	Espanha Gal.	Espanha (resto)	Europa	Brasil	Mundo
1848										
1849										
1850										
1851										
1852							1			
1853										
1854										
1855							1			
1856										
1857										
1858										
1859										
1860										
1861										
1862										
1863										
1864										
1865										
1866										
1867										
1868										
1869										
1870										
1871										
1872										
1873										
1874										
1875	1									
1876										
1877										
1878										
1879										
1880										
Totais	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0

Tabela 10 – Residência mulheres (cont.)

	Espanha Gal.	Espanha (resto)	Europa	Brasil	Mundo
1848					
1849					
1850					
1851					
1852		1			
1853					
1854					
1855		1			
1856					
1857					
1858					
1859					
1860					
1861					
1862					
1863					
1864					
1865					
1866					
1867					
1868					
1869					
1870					
1871					
1872					
1873					
1874					
1875					
1876					
1877					
1878					
1879					
1880					
Totais	0	2	0	0	0

Tabela 11 – Frequência de distribuição para as profissões dos homens admitidos no Hospital (1850-1880)

	Prof. Populares	Téc. Qualif.	Mil./serv. Estado	Form. Superior	Clero	Estudantes	Mendigos	Presos
1850	83	37	6		2	3	2	
1851	54	35	2		2	2	3	
1852	117	26	2	1	1	2	3	
1853	66	35	18	2	3	1	10	
1854	96	21	5	2	1	2	1	
1855	53	33	8	2	1	5	3	1
1856	67	22	13	2		1	9	
1857	71	24	7	1	1	8	7	
1858	92	33	6	1	2	1		
1859	81	31	5	2	2	2	3	
1860	82	32	15	1	2	10	7	
1861	101	21	22	2		5	6	
1862	106	26	8		2	5	8	
1863	120	30	11	3	1	7	6	
1864	92	33	15	3	2	3	8	3
1865	90	44	15	3	1	4	4	
1866	78	32	14	1	3	6	4	
1867	83	42	18	2	2	11	5	
1868	83	33	21	2	2	9	1	
1869	88	40	9	3	1	4		
1870	94	39	22		2	5	3	
1871	69	53	13	4	1	5	1	
1872	67	59	13	4	2	9	2	
1873	70	38	15	5		4		
1874	87	47	29		2	6	1	
1875	89	34	15	1		3	2	
1876	79	40	21	1			1	
1877	68	44	24	2	3	2	1	
1878	54	43	20	1	3	4		
1879	92	39	23	2	2	1		
1880	75	57	18	3	1		3	

Tabela 12 – Frequência de distribuição para as profissões das mulheres admitidas no Hospital (1848-1880)

	Prof. Populares	Téc. Qualif.	Form. Superior	Clero	Domést.	Mend
1848	10				1	
1849	2				1	
1850	1					
1851	11	1			2	1
1852	13			1	5	1
1853	8	1			9	3
1854	7	1			9	3
1855	23	1			1	2
1856	14	1				1
1857	32	3			9	4
1858	56	4			8	6
1859	44	5			27	5
1860	58	6			22	6
1861	61	5		1	24	5
1862	52	4			31	4
1863	41	6	1	1	39	9
1864	67	2			37	8
1865	36	1			70	6
1866	55	3			57	5
1867	38				56	2
1868	38	3			45	2
1869	36	1		1	88	4
1870	34	1			89	1
1871	27				73	1
1872	30	1		1	60	7
1873	32	2		1	67	3
1874	37	2			78	2
1875	36	3			67	5
1876	25	2			73	1
1877	29				76	1
1878	28	2			69	1
1879	19	1			84	2
1880	31	1			85	

Tabela 13 – Frequência de distribuição para os diagnósticos efectuados no Hospital (1848-1880)

Anos	Mania	Lipemania	Monomania	Demência	Idiocia	Alcoolismo	Epilepsia
1848	50	3	16	33	4		3
1849	7		6	5			
1850	170	16	32	93			13
1851	114	15	16	30	1		6
1852	124	19	18	44			12
1853	130	37	167	47	2		9
1854	154	16	170	50	4		11
1855	130	41	20	38	5		11
1856	175	30	22	40	6		10
1857	230	22	28	36	7		8
1858	213	10	223	28	9		19
1859	207	24	231	29	6		15
1860	187	18	205	110	2		16
1861	185	39	224	57	5	1	22
1862	187	34	4	58	3	4	16
1863	230	20	13	46	2	7	18
1864	232	20	18	38	2	6	20
1865	158	22	48	26		8	8
1866	141	24	165	54	7	19	19
1867	156	31	187	37	6	17	19
1868	122	32	154	32	7	12	15
1869	97	48	145	50	10	4	8
1870	126	46	172	53	5	6	9
1871	120	33	153	42	6	5	9
1872	149	31	180	32	13	9	12
1873	171	21	6	19	8	9	14
1874	197	35	1	15	14	8	15
1875	163	29		27	9	6	19
1876	152	34	2	15	9	7	22
1877	154	48	2	29	8	7	10
1878	123	47		28	5	5	9
1879	133	55		42	6	2	18
1880	109	87		48	10	4	23

Tabela 14 – Frequência de distribuição para o “estado à saída” dos doentes admitidos no Hospital (1848-1880)

	Curados	Melhorados	Mesmo estado	Falecidos
1848	5	4	2	100
1849	3	2		14
1850	117	39	12	147
1851	87	40	15	48
1852	102	21	7	100
1853	113	31	12	114
1854	112	23	14	111
1855	93	32	17	95
1856	110	20	21	138
1857	137	35	25	135
1858	118	56	20	121
1859	114	39	16	137
1860	114	53	25	145
1861	113	61	35	134
1862	77	62	34	154
1863	61	108	40	153
1864	56	119	30	138
1865	26	101	29	133
1866	44	92	47	134
1867	36	110	43	127
1868	47	89	46	97
1869	48	86	55	116
1870	40	114	50	130
1871	44	92	34	105
1872	40	96	42	119
1873	26	107	39	108
1874	32	121	44	117
1875	27	101	33	109
1876	26	91	28	126
1877	37	88	31	120
1878	31	85	24	109
1879	29	95	37	86
1880	27	117	37	140



Anexo 3:  
Livros de Registo de Ofícios Expedidos



Tabela 15 – Tabela das admissões dos doentes no Hospital até Setembro de 1851 — Martins Pulido<sup>128</sup>

POPULAÇÃO					MOVIMENTO																			
NUMERO DOS ALIENADOS					ALTAS	PERIODOS CLINICOS DE																		TOTAL
						1850						1851												GERAL
ADMISSÕES				H		M	J	POPULAÇÃO			POPULAÇÃO			POPULAÇÃO			POPULAÇÃO			POPULAÇÃO				
								1818 A 1849			1850			1818 A 1849			1850			1851				
H	M	J	H	M		J	H	M	J	H	M	J	H	M	J	H	M	J						
ALIENADOS EXISTENTES EM 9 DE JANEIRO DE 1950	ALIENADOS EXISTENTES NO HOSPITAL DE RILHAFOLLES EM 9 DE JANEIRO DE 1950	“	166	166	ALIENADOS CURADOS	16	22	38	22	39	61	“	1	1	11	7	18	17	15	32	150			
	ALIENADOS TRANSFERIDOS DO HOSPITAL DE RILHAFOLLES EM 9 DE JANEIRO DE 1950	156	“	156	ALIENADOS FALECIDOS	14	20	34	22	12	34	9	8	17	9	10	19	11	6	17	121			
					ALIENADOS REQUISITADOS	8	10	18	2	13	15	“	“	“	7	6	13	12	18	30	76			
					ALIENADOS EVADIDOS	2	“	2	1	“	1	2	“	2	1	“	1	“	“	“	6			
					ALIENADOS EXISTENTES EM 30 DE SETEMBRO DE 1951	“	“	“	“	“	“	105	105	210	22	21	43	32	37	69	322			
ALIENADOS ADMITIDOS EM	1850	97	108	205																				
	1851	72	76	148																				
	SOMAS	325	350	675	SOMAS	40	52	92	47	64	111	116	114	230	50	44	94	72	76	48	675			

<sup>128</sup> 1º livro de Registo de Ofícios Expedidos, p. 120.

Tabela 16 – Registos estatísticos de Martins Pulido caracterizando a população dos alienados em função da sua origem social e geográfica (1848-1851)<sup>129</sup>

POPULAÇÃO GERAL DOS ALIENADOS CONSIDERANDO EM RELAÇÃO AOS MOTIVOS DE ADMISSÃO E CONDIÇÃO SOCIAL DOS DOENTES				Alienados pertencentes às admissões dos anos de									TOTAL GERAL		
				1812 A 1949			1850			1851					
				H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	
Ordem da autoridade pública por conveniência de tratamento ou motivos de segurança pública	Indigentes Mendigos Crime – Contra pessoas - Contra propriedade		62	76	138	27	39	66	23	25	42	112	140		
		1	2	3	3	2	5	1	1	2	5	5			
		7	-	7	2	-	2	1	1	2	10	1			
		1	-	-	1	-	1	-	-	-	1	-			
Requerimento de Famílias – por utilidade de assistência ou tratamento de doente	Indigentes	73	84	157	32	49	81	35	37	72	140	170			
	1ª Classe	-	-	-	1	-	1	-	-	-	1	-			
	2ª Classe	-	1	1	6	1	7	2	1	3	8	3			
	3ª Classe	1	-	1	1	-	1	5	1	6	7	1			
	4ª Classe	12	3	15	5	5	10	2	1	3	19	9			
Transferências do Hospital de S. José			-	-	-	19	12	31	3	4	12	22	21		
			156	166	322	97	108	205	72	76	142	325	350		
SOMA															
SOMA TOTAL												675			
POPULAÇÃO GERAL DOS ALIENADOS CONSIDERANDO EM EVOLUÇÃO NOS DOMICÍLIOS															
Distritos da Beira	Lisboa	Cap.	Nacionais		42	70	112	33	33	66	31	41	12	106	144
			Estr.	Esp.	10	-	10	11	-	11	5	-	5	76	-
				Fr.	-	1	1	1	-	1	-	-	-	1	1
				Ingl.	-	-	-	1	-	1	1	-	1	2	-
				Bras.	1	2	3	-	-	-	2	1	3	3	3
			Angola	-	3	3	-	1	1	-	-	-	-	4	
			Concelhos e freg. rurais do Distrito		34	35	74	22	41	63	20	20	40	81	96
	Aveiro			1	-	1	1	-	1	-	1	1	2	1	
	Beja			3	1	4	2	2	4	-	-	-	5	3	
	Braga			3	2	5	3	1	4	-	-	-	6	3	
	Bragança			1	2	3	-	-	-	-	-	-	1	2	
	Castelo Branco			3	1	4	2	-	2	-	-	-	5	1	
	Coimbra			7	7	14	3	2	5	3	5	8	13	14	
	Évora			-	6	6	2	2	4	-	3	3	2	11	
Faro			6	2	8	2	2	4	2	1	3	10	5		
Guarda			3	3	6	-	1	1	1	-	1	4	4		
Leiria			4	4	8	1	4	5	4	2	6	9	10		
Portalegre			3	1	4	3	1	4	1	-	1	7	8		
Porto			8	5	13	3	4	7	2	-	2	13	9		
Santarém			11	15	26	4	12	16	-	2	2	15	29		
Viana			2	-	2	-	-	-	-	-	-	2	-		
SOMA E SEGUE				147	166	307	94	106	200	72	76	148	313	342	

<sup>129</sup> 1º livro de Registo de Ofícios Expedidos, p. 121-122.

Tabela 16 – Registos estatísticos de Martins Pulido (cont.)

Pop. dos Alienados considerados em relação ao Domicílio		Alienados pertencentes às admissões dos anos de									Total Geral	
		1812 a 1849			1850			1851				
		H	M	T	H	M	T	H	M	T		
transporte		147	160	307	94	106	200	72	76	148	313	342
Distritos do Reino	Vila Real	1	2	3	1	1	2	-	-	-	2	5
	Viseu	3	1	4	1	1	2	-	-	-	4	2
Ilhas	Angra	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1
	Madeira	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-
	S.Miguel	2	-	2	-	-	-	-	-	-	3	-
Indeterminados		2	2	4	1	-	1	-	-	-	2	2
soma		156	166	322	97	108	205	72	76	148	325	350
Pop. dos Alienados considerados em relação à Idade											Soma Geral 675	
De 10 a 15 anos		1	-	1	5	12	17	4	1	5	10	13
De 15 a 20 anos		15	17	32	3	4	7	2	10	12	20	31
De 20 a 25 anos		19	15	34	16	14	30	11	12	23	46	41
De 25 a 30 anos		12	17	29	16	15	31	12	12	24	40	44
De 30 a 35 anos		19	22	41	10	17	27	8	9	17	37	48
De 35 a 40 anos		15	22	37	16	9	25	11	10	21	42	41
De 40 a 45 anos		16	23	41	5	12	17	5	5	10	26	42
De 45 a 50 anos		17	13	30	10	11	21	4	2	6	31	26
De 50 a 55 anos		12	22	40	10	3	13	8	8	16	36	33
De 55 a 60 anos		7	6	13	2	5	7	-	1	1	9	12
De 60 a 65 anos		7	1	8	2	1	3	3	3	6	12	5
De 65 a 70 anos		7	1	8	1	4	5	-	-	-	8	5
De 70 a 75 anos		2	2	4	1	1	2	3	2	5	6	5
De 75 a 80 anos		1	3	4	-	-	-	1	1	2	2	4
soma		156	166	322	97	108	205	72	76	148	325	350
Pop. dos Alienados considerados em relação ao Estado											Soma Geral 675	
Solteiro		123	104	227	54	52	106	47	30	77	224	186
Casado		26	23	49	33	32	65	22	26	48	81	81
Viúvo		4	31	35	10	24	34	-	20	30	14	75
Indeterminado		3	8	11	-	-	-	3	-	3	6	8
soma		156	166	322	97	108	205	72	76	148	325	350
Pop. dos Alienados considerados em relação às Profissões											Soma Geral 675	
Artes	Liberais	24	-	24	12	-	12	8	-	8	44	-
	Mecânicas	21	-	21	20	-	20	5	-	5	46	-
Militar		10	-	10	7	-	7	8	-	8	25	-
Marítimo		4	-	4	4	-	4	2	-	2	10	-
Trab. Do Campo		12	-	12	20	-	20	20	-	20	52	-
Moço de Fretes		18	-	18	8	-	8	14	-	14	40	-
Criado de Servir		10	-	10	10	-	10	4	-	4	24	-
Sem profissão		15	-	15	14	-	14	8	-	8	37	-
Prof. Desconhecida		42	166	208	2	108	110	3	76	79	47	350
soma		156	166	322	97	108	205	72	76	148	325	350
											Soma Geral 675	



Tabela 16 – Registos estatísticos de Martins Pulido (cont.)

População dos Alienados considerados em relação às causas		Alienados pertencentes às admissões dos anos de									TOTAL GERAL	
		1812 A 1949			1850			1851				
		H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Físicas	Lesões do cérebro e suas membranas	5	-	5	2	-	2	1	-	1	8	-
	Herança	10	3	13	16	6	22	3	2	5	29	11
	Onanismo	-	-	-	2	-	2	1	-	1	3	-
	Idade Crítica	-	-	-	-	3	3	-	1	1	-	4
	Supressão de Hemorragias habituais	-	-	-	-	4	4	-	-	-	-	4
	Abuso de bebidas alcoólicas	4	-	4	8	2	10	2	3	5	14	5
	Prostituição	-	-	-	-	1	1	-	1	1	-	2
	Abusos de preparados Mercuriais	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1
	Repercussão de Moléstias Cutâneas	-	-	-	2	-	2	-	-	-	2	-
	Velhice	2	-	2	-	-	-	-	-	-	2	-
Morais	Paixão Amorosa Malograda	2	6	8	6	20	26	3	11	14	11	37
	Desgostos Domésticos	3	1	4	7	2	9	6	8	14	16	11
	Ciúmes	2	5	7	3	10	13	-	5	5	5	20
	Remorso	1	-	1	1	5	4	1	-	1	3	3
	Reveses da Fortuna	4	-	4	7	2	9	3	-	3	14	2
	Transtornos Políticos	3	-	3	1	1	2	1	-	1	5	1
	Indeterminadas	120	151	271	42	53	95	51	45	96	213	249
soma		156	166	322	97	108	205	72	76	148	325	350
											Soma Geral 675	

Tabela 16 – Registos estatísticos de Martins Pulido (cont.)

População dos Alienados considerados em relação às Formas de Delírio				Alienados pertencentes às admissões dos anos de									Total Geral		
				1812 A 1949			1950			1951					
				H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	
Reputados Curáveis	Mania	Agitada		13	25	38	29	33	62	43	35	78	85	93	
		Tranquila		3	2	5	11	15	24	7	6	13	21	21	
		Intermitente		4	5	9	-	-	-	-	-	-	4	5	
	Monomania	Ambiciosa	Agitada	1	-	1	2	-	2	-	2	3	2		
			Tranquila	-	-	-	2	1	3	1	-	1	3	1	
		Amorosa	Agitada	1	-	1	-	1	1	2	1	3	3	2	
			Tranquila	-	-	-	-	8	8	1	2	3	1	10	
		Ciumenta	Agitada	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	
			Tranquila	1	-	1	2	-	2	-	2	2	3	2	
		Demonomania	Agitada	-	-	-	1	6	7	-	-	-	1	6	
			Tranquila	-	-	-	1	-	1	-	-	-	1	-	
		Erótica	Agitada	-	2	2	-	1	1	-	-	-	-	3	
			Tranquila	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-	2	
		Homicida	Tranquila	1	-	1	-	-	-	-	1	1	1	1	
		Orgulhosa	Agitada	4	7	11	3	-	3	2	3	5	9	10	
			Tranquila	3	4	7	-	8	8	-	-	-	3	12	
		Politica	Agitada	2	-	2	1	-	1	-	-	-	3	-	
			Tranquila	1	-	1	1	--	1	1	-	1	3	-	
		Religiosa	Agitada	2	1	3	-	-	-	-	1	1	2	2	
			Tranquila	-	2	2	2	2	4	-	-	-	2	4	
	Lipemania	Hipocondríaca		5	-	5	6	2	8	3	-	3	14	2	
		Histérica		-	4	4	1	10	11	-	6	6	1	20	
		Com tendências ao suicídio		1	1	2	3	2	5	-	1	1	4	4	
	Deliriuns Tremmens				-	-	-	1	-	1	-	-	-	1	-
	Demência Aguda				-	-	-	2	-	2	-	-	-	2	-
Reputados Incuráveis	Demência	Simples	Agitada	40	38	78	8	5	13	3	2	5	51	45	
			Tranquila	60	58	118	12	9	21	6	8	14	11	75	
		Complicada	Epilepsia	6	3	9	4	2	6	1	2	3	78	7	
			Paralisia Geral	5	4	9	4	1	5	1	2	3	11	7	
			Doença de S. Vito	-	1	1	-	-	-	-	-	-	10	1	
		Senil		1	2	3	-	1	1	-	2	2	1	5	
	Idiocia		2	4	6	1	2	5	1	-	1	4	6		
	Indeterminadas		-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1		
Soma				156	166	322	97	108	205	72	76	148	325	350	
												Total Geral	675		

**Tabela 17 – Registo dos diagnósticos nosológicos (elaborado por Martins Pulido)<sup>130</sup>**

Forma do delírio	Asilados	Asilados	Curados	Curados	Relação	Relação
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Mania	110	119	49	62	1:2.2	1:1.9
Monomania	38	58	6	9	1:6.3	1:6.4
Lipemania	19	26	10	13	1:1.9	1:2
Delirium tremens	1		1			
Demência aguda	2					
Somas	170	203	66	84	1:2.5	1:2.4

**Tabela 18 – Registo do cruzamento de diagnósticos nosológicos e sindromáticos (elaborado por Martins Pulido)<sup>131</sup>**

Forma do delírio	Homens agitados	Mulheres agitadas	Total	Homens tranquilos	Mulheres tranquilas	Total	Homens (relação)	Mulheres (relação)	Total
Mania	89	98	187	21	21	42	1: 4.2	1: 4.6	1: 4.4
Monomania	21	26	47	17	32	49	1: 1	1: 1	1: 1.
Demência	51	45	96	104	101	205	1: 1.3	1: 1.3	1: 2.
Soma	161	169	330	142	154	296	1: 1.1	1: 1.1	1: 1.1

<sup>130</sup> 1º livro de Registo de Ofícios Expedidos, p. 130.

<sup>131</sup> 1º livro de Registo de Ofícios Expedidos, p. 130.



**Tabela 19 – Registo da distribuição mensal por patologia dos óbitos (elaborado por Guilherme Abranches)<sup>132</sup>**

Mês	Apoplexia		Congestão cerebral		Caquexia		Diarreia		Enterite		Delírio agudo e tremens		Erisipela gangrenosa	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Jan	5	0	2	0	7	12	1	1	1	0	1	1	1	0
Fev	2	0	2	3	8	7	0	1	0	0	0	1	2	0
Mar	1	1	1	0	7	7	1	1	0	1	0	0	0	1
Abr	3	1	2	0	6	7	0	0	0	1	1	1	0	0
Mai	3	0	1	1	5	8	0	1	0	1	4	0	0	0
Jun	1	3	1	0	6	9	0	0	0	0	0	1	0	0
Jul	1	1	3	3	4	8	1	0	0	0	0	0	0	0
Ag	1	4	2	4	12	13	3	5	0	0	2	1	0	0
Set	1	1	1	2	12	14	4	0	0	1	1	1	0	2
Out	1	2	3	3	8	15	4	1	0	0	0	3	0	0
Nov	2	3	0	2	15	15	1	0	2	1	1	0	3	0
Dez	0	1	5	1	10	18	2	0	2	0	2	3	0	1

Mês	Paralisia Geral		Tísica pulmonar		Lesões do coração		Febres		Epilepsia		Cólera morbus		Totais	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Jan	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	21	15
Fev	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	17	14
Mar	0	0	2	3	0	0	0	1	0	0	0	0	12	15
Abr	0	0	3	3	0	0	0	0	2	1	0	0	17	14
Mai	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	15	12
Jun	0	0	1	2	1	1	0	2	0	1	0	0	10	19
Jul	2	1	0	5	0	0	0	0	1	0	9	7	21	25
Ag	1	0	2	1	1	1	1	0	1	1	0	1	26	31
Set	0	1	1	1	0	0	2	3	0	0	0	0	22	26
Out	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0	2	1	21	27
Nov	2	0	3	6	0	0	0	0	0	0	2	12	31	39
Dez	1	0	7	1	0	0	0	0	0	1	0	0	24	26

<sup>132</sup> 3º livro de Registo de Ofícios Expedidos, p. 125.



## Fontes e Bibliografia

### Manuscritos

*Livros de Registo de Admissões do Hospital de Rilhafoles (1 a 17, 1ª Divisão; 1 a 14, 2ª Divisão).* Biblioteca do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

*Livros de Registo de Ofícios Expedidos do Hospital de Rilhafoles (1 a 3).* Biblioteca do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

*Registo Geral de Mercês: índice das Mercês do reinado de D. Maria I.* fls. 220. Arquivo Nacional da Torre do Tombo.

### Actas, Relatórios e Correspondência

Anónimo. (1939a). *Acta da reunião da direcção. Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (IX), 198-203.

Anónimo. (1939b). *Acta da reunião da direcção. Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (X), 36-45.

Anónimo. (1939c). *Acta da reunião da direcção. Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (IX), 170-171.

### Bases de dados

*Causes of Death Statistics.* (2015). Eurostat 2015. Acedido em Dezembro 7, 2015, em [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes\\_of\\_death\\_statistics&oldid=231934](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes_of_death_statistics&oldid=231934).

*Censos 2011.* Instituto Nacional de Estatística. História dos censos em Portugal. (2014). Acedido em Dezembro 23, 2015, em [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=censos\\_historia\\_portugal](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=censos_historia_portugal).

*Referência nº 0322/2015 Proc. SILD 85.400.168 de 10 MAR 15.* Ministério da Defesa Nacional. (2015). Direcção de História e Cultura Militar. Arquivo Histórico Militar.

## Jornais

*A Revolução de Setembro, 1848, 1 Dezembro, 3-4.*

## Revistas Científicas

*A Medicina Contemporanea*, (1883), Lisboa, Portugal: Typografia de Cristóvão Augusto Rodrigues.

*A Medicina Contemporanea*, (1884), Lisboa, Portugal: Typografia de Cristóvão Augusto Rodrigues.

*Jornal das Ciências Médicas de Lisboa de 1835 a 1836*. Lisboa, Portugal: Imprensa de João Maria Rodrigues e Castro.

*Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas de Lisboa de 1836 a 1840*. Lisboa, Portugal: Imprensa de João Maria Rodrigues e Castro.

*Revista de Neurologia e Psychiatria* (1888-1889) Fac-simile. Coimbra, Portugal: Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do CEIS20.

## Obras de Referência

Mattoso, J. (Ed.). *História de Portugal*, Vol. 5 (p. 501-515). Lisboa, Portugal: Círculo de Leitores.

Noll, R. (2007). *The Encyclopedia of Schizophrenia and other Psychotic Disorders*. New York USA: Facts on File.

Ramos, R. (2009). *História de Portugal*. Lisboa, Portugal: A Esfera dos Livros.

Ruggiero Romano. *Enciclopédia Einaudi*. Lisboa, Portugal: Imprensa Nacional Casa da Moeda.

- Alves, F. & Ferreira da Silva, L. (2004). *Psiquiatria e Comunidade: Elementos de Reflexão*.  
Acedido em Dezembro 24, 2015, em  
[https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/publs\\_pesquisa.FormView?P\\_ID=85517](https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/publs_pesquisa.FormView?P_ID=85517).
- Aristóteles & Rackham, H. (1934). *Nicomachen Ethics*, Londres, UK: W. Heinemann.
- Azevedo, E. (s. d). *Vida e Obra de Francis Bacon*. Lisboa, Portugal: Fomento de Publicações Lda.
- Balzac, H. (1968). *Physiologie du Mariage*, Paris, France: Garnier – Flammarion.
- Barahona, F. (1998). *Antropociências da psiquiatria e da saúde mental*. Vol. I. Lisboa, Portugal: Serviço de Educação, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Berlin, I. (1969). *Four Essays on Liberty*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Berlin, I. (1999). *The Roots of Romanticism*. Londres, UK: Pimlico.
- Bernard, C. (1957). *An introduction to the Study of Experimental Medicine*. New York, USA: Dover Publications.
- Bleuler, E. (1952). *Dementia praecox or the Group of Schizophrenias*, New York, USA: International University Press.
- Bombarda, M. (1892), *Microcephalia*. Lisboa, Portugal: Na Administração da Medicina Contemporanea.
- Bombarda, M. (1894). *Contribuição para o Estudo dos Microcephalos*. Lisboa: Tipografia da Academia Real das Sciencias.
- Bombarda, M. (2001). *O Delírio do Ciúme*. Lisboa, Portugal: Ulmeiro.
- Bombarda, M. (1877). *Do Delírio das Perseguições*. Lisboa, Portugal: Lallement Frères.
- Bombarda, M. (1896). *Lições sobre Epilepsia e Pseudo-epilepsia*. Lisboa, Portugal: Livraria de António Maria Pereira.
- Borja Santos, N., Palma, M. & Trancas, B. (2014). A demência (precoce) na psiquiatria portuguesa do século XIX. In: Pereira, A. L., Pita, J. R. (Ed.), *IV Jornadas de História da*

- Psiquiatria e Saúde Mental* (p. 33-41). Coimbra, Portugal: CEIS20 – Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia.
- Borja Santos, N. (2015a). *Anexo*. In: N. Borja Santos (Ed.). *Parafrenias* (pp. 205-208). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Borja Santos, N., Palma, M. & Trancas, B. (2015b). A evolução dos diagnósticos na psiquiatria portuguesa do século XIX. In: Pereira, A. L., Pita, J. R. (Ed.), *V Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental* (p. 23-29). Coimbra, Portugal: CEIS20 – Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia.
- Boyd, R, Gasper, Ph. & Trout, J. D. (Ed.). *The Philosophy of Science*. Cambridge, Mass, USA: Massachutetts Institute of Technology.
- Braunwald, E. & Alpert, J. (1983). *Acute myocardial infarction*. In: Harrison, T. R. (Ed.), *Principles of Internal Medicine* (p. 1432-1443). New York, USA: McGraw Hill Book Company.
- Buckle, H. (1983). *Histoire de la Civilization en Angleterre*, Paris, France: A. Lacroix Verboeckhoven et cie.
- Canguilhem, G. (1975). *Études d'Histoire et Philosophie des Sciences*. Paris, France: Vrin.
- Canguilhem, G. (2009). *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro, Brasil: Forense Universitária.
- Dalen, J. E. (1983). *Diseases of the aorta*. In: Harrison, T. R. (Ed.), *Principles of Internal Medicine* (p. 1488-1491). New York, USA: McGraw Hill Book Company.
- Daston, L. (1998). *Classical Probability and the Enlightenment*. Nova Jersey, USA: Princeton University Press.
- Dear, P. (2009). *Revolutionizing the Sciences*. New Jersey, USA: Princeton University Press.
- Eça de Queiroz, J. M. (1936). *Os Maias*, Volume 2. Porto, Portugal: Livraria Lello & Irmão.
- Esquirol, J-E. (1838a). *Traité des Maladies Mentales*, Vol. 2, Paris, France: J.-B. Baillière.
- Esquirol, J-E. (1838b), *Traité des Maladies Mentales, Atlas de Planches Gravées*. Paris, France: J.-B. Baillière.
- Ey, H. (1978). *Manual de Psiquiatria*. S. Paulo, Brasil: Editora Masson do Brasil.

- Falret, J. P. (1822). *De l' Hypochondrie et du Suicide*. Paris, França: Croullebois.
- Fernandes da Fonseca, A. F. (1985). *Psiquiatria e Psicopatologia*, Vol. 1. Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Foucault, M. (1966). *Les Mots et les Choses*. Paris, France: Gallimard.
- Foucault, M. (2007). *Security, Territory, Population, Lectures at Collège de France*. New York, USA: Palgrave MacMilan.
- Foucault, M. (2006). *Psychiatric Power, Lectures at the Collège de France*. New York, USA: Palgrave MacMilan.
- Galton, F. (1892). *Hereditary Genius. An Inquiry to its Laws and Consequences*. London, UK: MacMillan and Co.
- Gil, F. (2000). *Ciência Disciplinar e Ciência Categorical*. In: Romano R. (Ed.). *Enciclopédia Einaudi*, vol. 41: Conhecimento (p. 288-328), Lisboa, Portugal: Imprensa Nacional Casa da Moeda.
- Gomes, B. A. (1999). *Dos Estabelecimentos de Alienados nos Principais Estados da Europa*. Lisboa, Portugal: Ulmeiro.
- Gordon, R. M. (2010). *The Psychodynamic Diagnostic Manual*. In: Weiner, I. & Craighead, E. (Eds.). *Corsini's Encyclopedia of Psychology*, 4th ed., vol. 3, (p. 1312-1315), Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Gould, S. J. (1981). *The Mismeasurement of Man*. London, UK: W. W. Norton and Company.
- Griesinger, W. (1867). *Mental Pathology and Therapeutics*. London, UK: The New Sydenham Society.
- Hacking, I. (1975). *The Emergence of Probability*. Cambridge, USA: Cambridge University Press.
- Hacking, I. (1990a). *The Taming of Chance*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Hacking, I. (2005). *Philosophie et Histoire des Concepts Scientifiques*. Acedido em Dezembro 26, 2015, em [https://www.college-de-france.fr/media/ian-hacking/UPL6120975782849689510\\_Hacking2004\\_2005.pdf](https://www.college-de-france.fr/media/ian-hacking/UPL6120975782849689510_Hacking2004_2005.pdf).

- Hacking, I. (1990b). *The Social Construction of What?* Cambridge, Mass, USA: Harvard University Press.
- Hacking, I. (1991). *Experimentalism and Scientific Realism*. In: Boyd, R, Gasper, Ph. & Trout, J. D. (Ed.), *The Philosophy of Science* (p. 247-260). Cambridge, Mass, USA: Massachusetts Institute of Technology.
- Hacking, I. (2002). *Historical Ontology*. Cambridge, Mass, USA: Harvard University Press.
- Hacking, I. (2007). *Kinds of People: Moving targets*. London, UK: British Academy Lecture.
- Hecker, E. *La Hebefrenia. Contribución a la Psiquiatría Clínica* (1871). Acedido em Dezembro 26, 2015, em <http://www.revistaen.es/index.php/aen/article/viewFile/15427>.
- Heinroth, J. C. (1818) *Lehrbuch der Storungen des Seelenlebens*. Acedido em Dezembro 22, 2015, em [https://books.google.pt/books?id=u9w8AAAAYAAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pt/books?id=u9w8AAAAYAAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false).
- Hoenig, J. (1995). *Schizophrenia: clinical section*. In: Berrios, G. E. e Porter, R. (Ed.). *A History of Clinical Psychiatry: The Origin and History of Psychiatric Disorders* (p. 336-348). London, UK: Athlone Pr.
- Hume, D. (2003). *Investigação sobre o entendimento humano*. São Paulo, Brasil: Editora Escala.
- Huss, M. (1852). *Alcoholismus Chronicus*. Leipzig, Germany: C E. Fritze.
- Jaspers, K. (1987a). *Psicopatologia Geral*, Vol 1, Rio de Janeiro, Brasil: Livraria Atheneu.
- Jaspers. K. (1987b). *Psicopatologia Geral*, Vol 2, Rio de Janeiro, Brasil: Livraria Atheneu.
- Justino, D. (2011). *Fontismo: Ideologia e Política Económica*. Coimbra, Portugal. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Acedido em 22 Dezembro, 2015, em [http://www4.fe.uc.pt/aphes31/papers/sessao\\_1a/david\\_justino\\_paper.pdf](http://www4.fe.uc.pt/aphes31/papers/sessao_1a/david_justino_paper.pdf).
- Kahlbaum K. L. (1874). *Die Katatonie oder das Spannungsirresein*, Berlin, Germany: Verlag August Hirshwald.
- Kant, I. (2001). *Crítica da Razão Pura*. Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.



- Koyré, A. (1996). *Galileu e Platão e do Mundo “mais ou menos” ao Universo da Precisão*. Lisboa, Portugal: Gradiva.
- Kraepelin, E. (1896). *Psychiatrie Ein Lehrbuch für Studenten und Aerzte, Funfte auflage*. Leipzig, Germany: J. A. Barth.
- Kraepelin, E. (1904). *Psychiatrie, Siebten Auflage*. Leipzig, Alemanha: J. A. Barth, Leipzig.
- Kraepelin, E. (1990a). *A Textbook for Students and Physicians*. Vol. 1, Canton, USA: Science History Publications/USA, a Division of Watson Publishing International.
- Kraepelin, E. (1990b). *A Textbook for Students and Physicians*. Vol. 2. Canton, MA, EUA. Science History Publications/USA, a Division of Watson Publishing International.
- Kraepelin, E. (2004). *Obras de Emil Kraepelin*, Vol. 2, A Demência Precoce e as Parafrenias, 8ª edição. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Kraepelin, E. (2011). *One Hundred Years of Psychiatry*. Charleston, USA: Nabu Press.
- Kuhn, T. S. (1989). *A Tensão Essencial*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Lanteri-Laura, G. & Tevissan, R. *Historique des Délires Chroniques et de la Schizophrénie*. In : Encyclopédie de Médecine et Chirurgie. Psychiatrie. Paris, France: Elsevier.
- Malthus, T. (1998). *An Essay on the principle of Population*. Acedido a Julho 7, 2014, em <http://www.esp.org/books/malthus/population/malthus.pdf>
- Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. American Psychiatric Association, 4ª Edição, (2002), Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Martins da Silva, A. (1993). *A vitória definitiva do liberalismo e a instabilidade constitucional: cartismo, setembrismo e cabralismo*. In: Mattoso, J. (Ed.), *História de Portugal*, Vol. 5 (p. 89-107). Lisboa, Portugal: Círculo de Leitores.
- Matos, J. (1884). *Manual das Doenças Mentais*. Porto, Portugal: Livraria Central de Campos & Godinho Editores.
- Matos, J. (1898). *A Paranoia: Ensaio Pathogenico sobre os delírios systematizados*. Lisboa, Portugal: Tavares Cardoso & Irmãos.
- Maudsley, H. (1867). *The Physiology and Pathology of Mind*. New York, USA: D. Appleton and Company.

- Mayer, D. (2004). *A brief history of medicine and statistics*. Acedido em Setembro 21, 2014, em [http://assets.cambridge.org/97805218/32618/excerpt/9780521832618\\_excerpt.pdf](http://assets.cambridge.org/97805218/32618/excerpt/9780521832618_excerpt.pdf)
- Morel, B -A. (1857). *Traité des Dégénérescences Physiques, Intellectuelles et Morales de l'Espèce Humaine*. Paris, França: J. B- Baillière.
- Morel, B-A. (1852). *Traité des Maladies Mentales*, Paris, France: Librairie Victor Masson.
- Morel, B-A. (1860). *Traité des Maladies Mentales*. Paris, França: Librairie Victor Masson.
- Morgado Pereira, J. (2006). *A evolução das ideias psiquiátricas em Miguel Bombarda*. In: Pereira, A. L., Pita, J. R. (ed.). *Miguel Bombarda e as Singularidades de uma Época* (p. 69-76). Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Mosler, K. & Seidel, W. (2007). *Gottingen, Munich, Dortmund, Freiberg, Freiburg: Statistics in Germany, IMS Bulletin*, (36), 10, 6 — 7. Acedido em Dezembro 26, 2015, em [http://www.dstatg.de/fileadmin/Dateien/IMS\\_Artikel.pdf](http://www.dstatg.de/fileadmin/Dateien/IMS_Artikel.pdf).
- Mota Cardoso, C. (2003). *Introdução*. In: Sena, A. M. (Ed.), *Os Alienados em Portugal* (p. 71-92). Lisboa, Portugal: Ulmeiro.
- Mota Cardoso, C. (2008). *Nódoa na Alma. A Medicina e a Loucura*. Porto, Portugal: Gradiva.
- Nobre Vargues, I. (1993). *O Processo de Formação do Primeiro Governo Liberal: a Revolução de 1820*. In: Mattoso, J. (ed.). *História de Portugal*. Vol. 5 (p. 45-63). Lisboa, Portugal: Círculo de Leitores.
- Nunes, F. (2004). *A imprensa especializada na 2ª metade do século XIX em Portugal. Estudos em homenagem a Luís António de Oliveira Ramos*. Acedido em Dezembro 22, 2015, em <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/5013.pdf>.
- Patrono. Origens. *Francisco Pulido Valente*. (s.d.). Acedido em Dezembro 22, 2015, em [http://www.fpulidovalente.org/1\\_patrono/patrono2\\_origens.php](http://www.fpulidovalente.org/1_patrono/patrono2_origens.php).
- Peças relativas à Organização do Edifício da Luz para um Hospital de Alienados*, (1843), Lisboa, Portugal: Imprensa Nacional.
- Pichot, P. & Barahona Fernandes, HJ. (1983). *Um Século de Psiquiatria e a Psiquiatria em Portugal*. Lisboa, Portugal: Roche Farmacêutica Química, Lda.
- Pinel, P. (2011). *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental*. Lisboa, Portugal: Edições Colibri.

- Pio de Abreu, J. L. (2011). *Introdução à Psicopatologia Compreensiva*. Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Porter, R. (2002). *Blood and Guts*. Londres, RU: Penguin Books.
- Prince, M., Stewart, R., Tamsin, F. & Hotopf, M. (2003). *The development of psychiatric epidemiology*. In: Prince, M., Stewart, R., Tamsin, F., Hotopf, M. *Practical Psychiatric Epidemiology*. Oxford, UK. Oxford University Press.
- Pulido, F. M. (2012). *Relatorio Sobre A Organização Do Hospital De Alienados De Rilhafolles E Dos Resultados Administrativos E Clinicos No Anno De 1850, E Tres Trimestres de 1851...* Lisboa, Portugal: Imprensa Nacional.
- Putnam, H. (1975). *Philosophical Papers*, Vol. 2. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Ramos, R. (2009). *História de Portugal Vol 6*. Lisboa, Portugal: A Esfera dos Livros.
- Real Hospital de S. José de Rilhafolles*. (1948). Lisboa, Portugal. Instituto Pasteur de Lisboa.
- Recomendações para uma Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio*. Lisboa, Portugal: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Lisboa.
- Revista Universal Lisbonense*. (2015). Catalogo dos Collaboradores d' este volume. Recuperado de <http://hemerotecadigital.cm-lisboa.pt/OBRAS/RUL/RUL.htm> acedido 2015/12/23.
- Samson, P. (2014). *Louder than Words*. London, UK: Imagem UK.
- Sena, A. M. (2003). *Os Alienados em Portugal*. Lisboa, Portugal: Ulmeiro.
- Shionoya, Y. (2005). *The Soul of the German Historical School*. Berlin, Germany: Springer.
- Shorter, E. (1977). *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. New Jersey, USA: John Wiley and Sons.
- Sobral Cid, J. (1984). *Classificação e Sistemática Geral das Psicoses*. In: Sobral Cid, J. (ed.). *Obras de José Matos Sobral Cid*. Vol. 1 (p. 75-102), Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Soubeiran, E. (1842). *Primeira Parte do Novo Tratado de Pharmacia*. Tradução Bizarro, JP. Lisboa, Portugal: Sociedade Propagadora de Conhecimentos Úteis.

- Stuart Mill, J. (1991). *Sobre a Liberdade*. Petrópolis, BR: Vozes.
- Thompson, EP. (1963). *The Making of English Working Class*. New York, USA: Vintage Books.
- Unamuno, M. (2010). *Portugal, Povo de Suicidas*. Lisboa, Portugal: Letra Livre.
- Valério, N. (2001). *Estatísticas Históricas Portuguesas*. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística.
- Veiga, T. R. (2004). *A População Portuguesa no século XIX. Economia e Sociedade*, Vol 2. Porto, Portugal: Edições Afrontamento.
- Wallace, E. R. & Gach, J. (2008). *History of Psychiatry and Psychology*. Berlin, Germany: Springer.
- Westergaard, H. (1969). *Contribution to the History of Statistics*, Nova Jersey, USA: Scholar's Bookshelf. Cranbury.

#### Artigos Científicos

- Anónimo. (1840a). Membros efectivos da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (XII), 363.
- Anónimo. (1840b). Mappa dos doentes tratados na enfermaria do Hospital Militar da Estrelinha no 1º trimestre de 1840. *Jornal da Sociedade das Ciências Medicas de Lisboa*, (XI), 156-166.
- Anónimo. (1840c). Da descrição da vida provável dos indivíduos que exercem a medicina. *Jornal da Sociedade das Ciências Medicas de Lisboa*, (XI), 40-45.
- Anónimo. (1939d). Mappa dos doentes curados, melhorados e falecidos no Hospital de S. José no 1º semestre de 1838. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (IX), 321-329.
- Anónimo. (1939e). Membros efectivos da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (X), 29-30.
- Barreiros, J. A. (1980). As instituições criminais em Portugal: subsídios para a sua história. *Análise Social*, XVI, 63 3º, 587-612.

- Barton, B. F. & Barton, M. S. (1993). Modes of power in technical and professional visuals. *Journal of Business and Technical Communication*, (7), 1, 138-162.
- Berrios, G. (2008). Classifications in psychiatry: a conceptual history. *Archives of Clinical Psychiatry*, 35(3), 113-127.
- Berrios, G. E., Luque, R. & Villagrán, J. M. (2003). Schizophrenia: a conceptual history. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(2), 111-40.
- Bizarro, C. J. (1836a). Fragmento para a história estatística da Epidemia de cholera morbus, que em Lisboa grassou no ano de 1832. *Jornal da Sociedade das Medicas Sciencias de Lisboa*, (III), 103-114.
- Bizarro, C. J. (1836b). Estampa de espiga de centeio colhida no Alemtejo (A) e de espiga de centeio copiada do Medical and Physical Journal (B). *Jornal da Sociedade das Medicas Sciencias de Lisboa*, (III), 119-120.
- Bizarro, C. J. (1836c). Discurso do Sr. C. J. de A. Bizarro, lido na Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa, em Sessão de 7 de Fevereiro de 1836. *Jornal da Sociedade das Medicas Sciencias de Lisboa*, (III), 263-272.
- Bizarro, C. J. (1836d). Mappa dos doentes entrados e sahidos no Hospital das Casas de Asylo. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (III), 338-344.
- Bizarro, C. J. (1936e). Sobre hum novo processo para a cura radical das varizes, principalmente para a cura do circocele e do varicocele do Sr. J. Franc, 1º Cirurgião chefe-interno do Hospital St. Eloi de Montpellier, *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*. (IV), 299-301.
- Bizarro, C. J. (1838a). Propriedades terapêuticas do azeite de bacalhau, da arraia e da baleia. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa* (VIII), 1938a, 277 – 284.
- Bizarro, C. J. (1838b). Notas sobre o curativo de tinhas com manteiga de cacau. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (VII), 23-28.
- Bizarro, C. J. (1938c). Relatorio apresentado à Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa, em sessão de 3 de Setembro, sobre o methodo curativo que em Lisboa tem seguido nas doenças dos olhos o Sr. Charles Nayler-Bey. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (VIII), 154-160.

- Bizarro, C. J. (1838d). A morfea de Lafões. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (VII), 260-264.
- Bizarro, C. J. (1838e). Observação de um caso de queimadura. *Jornal da Sociedade das Ciências Sciencias de Lisboa*, (VII), 233-234.
- Bizarro, C. J. (1838f). Hydrocefalo agudo curado com banhos frios sobre a cabeça. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (VII), 95.
- Bizarro, C. J. (1838g). Cura radical das hérnias por meio de uma sutura. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (VII), 276-284.
- Bizarro, C. J. (1838h). Estudo da cabeça do feto. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (VI), 366-369.
- Bizarro, C. J. (1938i). Do desenho linear em relevo com fio de metal para tirar moldes de bacias e outras partes do organismo, *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (VII) 105-107.
- Bizarro, J. P. (1837a). Estatistica medica das enfermarias d' alienados de ambos os sexos no Hospital de S. José de Lisboa nos dois annos desde 6 de Julho 1835 a 6 de Julho de 1836 (1º anno) e desde 6 de Julho de 1836 a 6 de Julho de 1837 (2º anno). *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (VI), 201-225.
- Bizarro, J. P. (1837b). Considerações sobre o melhor modo de se poder estabelecer um Hospício de Alienados. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (VI), 257-266.
- Bizarro, J. P. (1838). Estatística médica das enfermarias d' alienados de ambos os sexos no Hospital de S. José de Lisboa nos dois annos desde 6 de Julho 1837 a 6 de Julho de 1838 (3º anno). *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (VIII), 4-19.
- Boëlle, P. Y. & Flahault, A. (1999). Suicide Trends in France and in the UK, *The Lancet*, 353 (9161), 1364.
- Bourque, F., van der Vem E., Fusar-Poli, P. & Malla, A. (2012). Immigration, social environment and onset of psychotic disorders. *Current Pharmaceutical Design* 18 (4): 518-256.

- Coelho, C., Barbosa, F. & Palha, A. (2007). Culpado mas doente mental. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, 1, 101-118.
- Conselho de Saude do Exercito. (1839). Estatisticas das molestias tratadas nos hospitais regimentais do exercito no 1º semestre de 1838. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa* (IX), 35-36.
- Cortez Pimentel, J. (1974). Alguns aspectos iconográficos e bibliográficos dos 150 anos da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, 10, 659.
- Craddock, N. & Owen, M. J. (2010). The Kraepelinian dichotomy – going, going... but still not gone, *British Journal of Psychiatry*, (196), 92-95.
- Crow, T. J. (1997). Is schizophrenia the price that Homo sapiens pays for language? *Schizophrenia Research*, (28), 127–14
- Curado, J.M. (2007). O Futuro da Psicologia. Pessoas e Sintomas. (2), Jul., 43-47. Acedido em Dezembro 7, 2013, em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6629/1/FUTURO%20DA%20PICOLOGIA%20manuel%20curado.pdf>.
- D' Oliveira, E. R. (1837). Do uso de purgantes nas doenças agudas ou cronicas., (V), 1837, 289-311. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*. (V), 239-211.
- De Leon, J. (2013). Is psychiatry scientific? A letter to a 21st century psychiatry resident. *Psychiatry Investigation*, 10 (3), 205-217.
- Doherty, J. L. & Owen, M. J. (2014). Genomic insights into the overlap between psychiatric disorders: implications for research and clinical practice, *Genome Medicine*, 6 (4), 29. doi: 10.1186/gm546.
- Drabek, M. L. (2009). Interactive Classification and Practice in the Social Sciences: Expanding Ian Hacking's Treatment of Interactive Kinds. *Issues in the rethoric of science and technology*, (6), 2, 60–80.
- Eyler, J. M. (2002). Constructing vital statistics. Thomas Rowe Edmonds and William Farr. 1835-1845, *Soz. Praventimed*, 47 (1), 6-13.

- Ferreira de Castro, E., Pimenta F. & Martins, I. (1989). The truth about suicide in Portugal, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80 (4), 334-9.
- Freeman, H. (1996). 250 years of British psychiatry. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 64 (8), 320-326.
- Freitas, E. (1994). Para uma análise do suicídio. *Revista do Centro de Estudos Demográficos*, 26, 153-171.
- Fundadores do grémio literário. (2015). Sócios fundadores. Acedido em dezembro 23, 2015, em <http://www.gremioliterario.pt/fundadores.php>.
- Galton, F. (1872). Statistical Inquires on the efficacy of prayer. *Fortnightly Review*, (12), 125-135.
- Gomes, B. A. (1835a). Sobre a epidemia de cholera-morbus, que grassou na cidade do Porto, durante o sítio de 1832 e 1833. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (III), 267-286.
- Gomes, B. A. (1838a). Movimento dos doentes no Hospital de Marinha em Lisboa no 1º semestre de 1838. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (VIII), 87-94.
- Gomes, B. A. (1838b). Para a abertura dos cursos da Escola Medico-cirurgica de Lisboa. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (VIII), 193-222.
- Gomes, B., A. (1835b). Uma estatística curiosa. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (IV), 187-189.
- Gramary, A. (2007). Miguel Bombarda: o médico, o político e a sua época. *Saúde Mental*. (IX), 6, 42-44.
- Holapainen, J., Helama, S., Björkenstam, C., & Partonen, T. (2013). Variation and seasonal patterns of suicide mortality in Finland and Sweden since the 1750s. *Environment Health Preventive Medicine*, 18 (6), 494 – 501.
- Koukopoulos, A. & Ghaemi, S. N. (2009). The primacy of mania: a reconsideration of mood disorders. *European Psychiatry*, Mar 24, (2), 125-134.
- Krishnan, K. R. (2005). Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 1-8.



- Kusch, M. (2010). Hacking's historical epistemology: a critique of styles of reasoning. *Studies in History and Philosophy of Science - Part A*, 41, ( 2), 158 – 173.
- Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L. e Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, (4), 241-55.
- Large, M. (2013). The relevance of the early history of probability theory to current risk assessment practices in mental health care. *History of Psychiatry*, 24 (4), 427.
- Lasègue, C. & Falret, J.P. (1877). La folie à deux. *Archives Générales de Médecine*, 18, 321–355.
- Lasègue, C. (1852). Du Délire de persecutions. *Archives Generales de Médecine*, série 4, (28), 129-150.
- Lima Leitão, A. J. (1837). Programa de Curso de higyene pública, em 20 prelecções. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (V), 267-288.
- Lo Bianco, A. (2002). A Cena Real Construída no Homem dos Lobos. *Estilos da Clínica*, (7), 12, 146-155.
- Lopes, L. M. M., Rodrigues, M. A. (2009). Documentum *ad usum et beneficium*. Os Alienados em Portugal – História e Estatística. Acedido em Dezembro 24, 2015, em <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/151918b5a6c58799?projector=1>.
- Madureira, N. (2003). A estatística do corpo: antropologia física e antropometria na alvorada do século XX. Acedido em Dezembro 7, 2015, em [http://ceas.iscte.pt/etnografica/docs/vol\\_07/n2/vol\\_vii\\_n2\\_283-304.pdf](http://ceas.iscte.pt/etnografica/docs/vol_07/n2/vol_vii_n2_283-304.pdf). 2003.
- Magalhães Coutinho, E. (1838). Observações sobre a catarata. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (VIII), 244-249.
- Malgaigne, J. F. (1838a), Exame anatómico e patológico da metade direita e esquerda e da metade superior e inferior do corpo humano (Tradutor Bizarro, C. J.). *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (VII), 310-320.
- Malgaigne, J. F. (1938b). Anatomia da uretra (Tradutor Bizarro, C. J.). *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (VII), 108-113.

- Marková, I. S & Berrios, G. (2012). Epistemology of Psychiatry. *Psychopathology*, 45(4), 220-227.
- Miranda Filho, H. R. (2015). Normal, anormal e patológico em perícia cível. *Psychiatry online Brasil*. Fev (16) nº 2. Acedido em Dezembro 22, 2015  
<http://www.polbr.med.br/ano11/for0211.pdf>.
- Murphy, T. D. (1981). Medical knowledge and statistical methods in early nineteenth century France. *Medical History*, 25, (3): 301-319.
- Nesse, R. Stein, D. (2012). Towards a genuinely model for psychiatry nosology, *BMC Medicine*, 10:5. doi: 10.1186/1741-7015-10-5.
- Overall, K. L. & Dunham, A. E. (2002). Clinical features and outcome in dogs and cats with obsessive-compulsive disorder: 126 cases (1989-2000), *Journal of the American Veterinary Association*, (221), 10, 1445-1452.
- Pacheco, M. (1939). Resultado da punção em 19 casos de hidrocéfalo. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (IX), 177-180.
- Pais da Cunha, J. (1840a). Episódio maníaco na gravidez. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (XI), 162-163.
- Pais da Cunha, J. (1840b). Delirio furioso terminado favoravelmente na presença de agua de loureiro-cereja. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (XI), 202-204.
- Pais da Cunha, J. (1840c). Delirio furioso acalmado durante o uso do acido prussico medicinal. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (XI), 204-206.
- Pais da Cunha, J. (1840d). Erotomania terminada durante a emulsão de amêndoas amargas. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (XI), 206-208.
- Patrício do Couto, P. (1837). Conta de vacinação praticada na Instituição Vacínica de Lisboa durante o anno de 1836. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (V), 1837, 93-96.
- Peirce. C. S. (1884). On small differences in sensation. *Memoires of the national academy of sciences*, 3, 73-83.
- Pereira, F. (1978). Introdução à história da Psicopatologia: I – Philippe Pinel (2ª parte). *Análise Psicológica*, 1 (3), 33-56

- Pereira, P. T., Gomes, E. & Martins, O. (2005). A Alienação no Porto: o Hospital de Alienados do Conde de Ferreira (1883-1908), *Revista da Faculdade de Letras do Porto*, III Série, (6), 99-128.
- Pereira e Sousa, J. M. (1838). Indagações sobre as verdadeiras causas das úlceras das pernas. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (VII), 289-302.
- Pereira Mendes, J. (1837). Movimento das Enfermarias da Nacional Casa Pia no anno de 1837 e reflexões sobre as moléstias que causão maior mortalidade naquele Estabelecimento. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (VI), 142-155.
- Pereira Mendes, J. (1839). Movimento das Enfermarias da Nacional Casa Pia no anno de 1838. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (IX), 173-177.
- Popper, K. R. (1959). The propensity interpretation of probability. *The British Journal of the Philosophy of Science* (10), 37, 25–42.
- Primeiros fotografos em Luanda*, (2007), Acedido em Dezembro 26, 2015, em <http://apphotographia.blogspot.pt/2007/02/blog-post.html>.
- Quintais, L. (2008). Torrente de loucos: a linguagem da degeneração na psiquiatria portuguesa da transição do século XIX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, (15), 2,p. 353-369.
- Ribeiro Viana, A. B. (1837). “Conta da Clínica Cirúrgica da Escola Médico–cirúrgica de Lisboa. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (VI), 200-216.
- Ribeiro, A. (1 de Dezembro de 1848). Correspondências. *A Revolução de Setembro*, 3-4.
- Schlier, B., Schmick, S. e Lincoln, T. M. (2014). No matter of etiology: biogenetic, psychosocial and vulnerability stress causal explanations fail to improve attitudes towards schizophrenia. *Psychiatry Research*, 215 (3), 753-759.
- Skey. (1838). Tratamento das úlceras atônicas e varicosas, pelo opio dado internamente (tradutor Bizarro, C. J.). *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (VII), 251-253.
- Soares Franco, F. (1837). Gripe nas enfermarias regimentais do Castelo de S. Jorge. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (V), 65-77.

- Soares Franco, F. (1838). Estatísticas das moléstias que forão tratadas nos hospitais regimentais do Castelo de S. Jorge desde o 1º de Março até 31 de Dezembro de 1837. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (VIII), 94-98.
- St. Hilaire, B. (1838). Resolução de huma questão cirurgica relativa aos abcessos da carie das vertebrae (Tradutor Bizarro, C. J.). *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (VII), 61-62.
- Tardieu. (1936). Tratamento das ulceras e engorgitamento schirroso do collo do útero, por meio de injeções combinadas com o tratamento antiflogístico (Tradutor Bizarro, C. J.). *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (IV), 311-313.
- Taußlieb. (1838). Da efficacidade do azeite de bacalhau e do peixe em geral, no tratamento da carie escrofulosa (Tradutor Bizarro, C. J.). *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (VII), 254-255.
- Trancas, B., Luengo, A., Borja Santos, N., Flores J. e Cardoso, G. (2007). Suicídio no período greco-romano e comparação com teorias Contemporâneas. *Poster apresentado no III Congresso Nacional de Psiquiatria*. Estoril, Portugal.
- Vedul-Kjelsås, E. e Götestam K., G. (2004). Eating disorders in an historical perspective. *Tidss. Nor. Laegeforen*, Sep 23; 124 (18), 2369-2371.
- Velpeau (1838). Quadro das principais bolsas mucosas do corpo humano (Tradutor Bizarro, C. J.). *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, (VII), 62-64.
- Westphal, C. (1877). *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, nº8, séance du 5 mars, 735-750.
- Whitehead, M. (2000). William Farr's legacy to the study inequalities in health. *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (1), 86-87.
- Ysern, A. G. (2004). *Cuadernos de Medicina Forense*, (38), 67-68.
- Zanchetti, A., Liu, L., Mancia, G., Parati, G., Grassi, G., Stramba-Badiale, M., Silani, V., Bilo, G. & Ford, G. (2014). Blood pressure and LDL-cholesterol targets for prevention of recurrent strokes and cognitive decline in the hypertensive patient: design of the European Society of Hypertension-Chinese Hypertension League Stroke in Hypertension Optimal Treatment randomized trial. *Journal Hypertension*, Sep 32, (9), 1741- 1750.

## Apresentações em Congressos Científicos

Tengarrinha, J. M., Costa de Matos, A. (2006). Rodrigues Sampaio e a Revolução de Setembro. *Colóquio - Rodrigues Sampaio, Jornalista e Panfletário*. Acedido em Dezembro 22, 2015, em <http://hemerotecadigital.cm-lisboa.pt/RecursosInformativos/ActasdeColoquiosConferencias/textos/ARSampaioTengarrinhaACM.pdf>